Prof. dr. doc. ANDREI ATHANASIU

TRATAT DE PSIHOLOGIE MEDICALĂ

Editura OSCAR PRINT
București ◆ 1998

Prof. dr. doc. Andrei Athansiu
Tratat de Psihologie Medicală

Prof. dr. doc. ANDREI ATHANASIU s-a născut la 14 decembrie 1922 la Bârlad. A urmat cursurile Facultății de Medicină (1941-1948), obținând titlul de doctor în medicină și chirurgie în 1949.

Are formație medicală (doctor docent în medicină internă), psihologică și grafologică (doctorat). Este președinte al Societății Române de Grafologie, membru al Societății Internaționale de Psihologia Scrisului. Menționat în Anuarul personalităților europene (*Who'Who in Europe* din 1983).

Lucrări principale: *Bazele științifice ale grafologiei*, - teză de doctorat, *Splina - fiziopatologie și clinică* - (Editura de Stat, 1954), *Contribuții la studiul hipersplinismului*, lucrare pentru titlul de doctor în științe medicale (1966), *Scris și personalitate* (Editura Științifică, 1970), *Psihologia profesiunii medicale*, în colaborare (Editura Științifică, 1973), *Medicină și Muzică* (Editura Medicală, 1986), *Tratat de grafologie* (Editura Humanitas, 1996), precum și numeroase articole, studii, comunicări în reviste din țară și străinătate, la diferite simpozioane, conferințe sau congrese internaționale.

Tehnoredactor: ANDREEA DUMITRESCU
Corector: TRAIAN BĂDICAN

Tiparul a fost executat la
Tipografia Editurii *OSCAR PRINT*
str. Făinari nr. 25, sector 2, Bucureşti
Tel./Fax.: 650. 32. 15

CUPRINS

Introducere

O cercetare – chiar introductivă – a relaţiilor dintre Psihologie şi Medicină ni se pare a fi binevenită. Ea răspunde, mai întâi, unei legitime curiozităţi: a celor bolnavi în prezent, în trecut sau în viitor, a medicilor (dornici – între altele – să se cunoască, să-şi aprecieze resorturile şi valenţele psihologice ale activităţii lor), dar şi a celor interesaţi să examineze "fenomenul uman", aşa cum se relevă el prin experienţele (inevitabile) ale durerii, ale bolii şi ale apropierii de moarte. Ea răspunde însă, mai cu seamă, unor necesităţi subiective şi obiective a căror satisfacere condiţionează în mare măsură eficacitatea actului terapeutic şi progresul asistenţei medicale.

Astfel, *medicul,* oricare ar fi specialitatea sa, are nevoie de o concepţie cuprinzătoare şi subtilă asupra omului, sănătăţii, bolii. Extraordinara complexitate, fragilitate, coordonare şi ingeniozitate a *vieţii fiziologice* a organismului nu dă decât o imagine trunchiată, incompletă, despre ceea ce înseamnă persoana umană. Abia cunoaşterea *vieţii psihologice* a persoanei umane (care nu este alcătuită numai din "mecanisme", ci şi din probleme) ne aşează pe acel nivel de înţelegere care ţine seama de particularităţile esenţiale, caracteristice, specifice ale sale. Concepţia despre lume, *Weltanschauung*-ul medical care ignoră lumea psihică este cu totul deficitară tocmai sub aspectele *umane*. S-a crezut un timp că acest *Weltanschauung* poate pretinde pentru sine avantaje de perspectivă tocmai renunţând la punctul de vedere comun, al "omului de pe stradă", pentru care există aparenţa unei vieţi sufleteşti – şi căutând, pretutindeni, baza materială a acestor manifestări, singura, având semnificaţie ştiinţifică. Pentru unii medici din trecut – dar şi pentru unii medici de astăzi –, contribuţia importantă a medicinii la progresul ideilor noastre asupra

vieţii psihice ar trebui căutată în "demitizarea" şi "demistificarea" ei, în suprimarea "iluziilor" privind autonomia vieţii psihice sau libertatea "morală" a omului, în cadrul vieţii în general. Dar *această problemă de ontologie* nu trebuie să întunece problematica psihologică a medicinii, problematică de ordin practic (pragmatic), care interesează durerea şi suferinţa, "comunicaţia" interumană, atitudinea faţă de boală şi faţă de moarte etc. Nu poate fi vorba de "desfiinţarea" psihologiei ca ştiinţă cu obiect propriu şi cu metode proprii de cercetare. Rezolvarea în spirit materialist a problemelor psihologiei nu poate împieta cu nimic asupra recunoaşterii *eficacităţii* psihicului în lumea materială şi socială, admiterii unor corelaţii psihosomatice (şi nu numai a influenţelor somatopsihice). Putem afirma, de aceea, că pentru medicul practician psihologia este importantă nu numai pentru că este o ştiinţă a cărei orientare materialistă a fost sprijinită şi cu argumente de ordin fiziologic, biochimic, medical – ci tocmai prin datele, metodele şi punctele de vedere *specifice* ei, absente din ştiinţele fizice, chimice sau biologice şi care completează investigarea, explicarea şi înţelegerea fenomenului om, a activităţilor umane, a patologiei umane. Evident, importanţa psihologiei este, pentru medic, nu numai teoretică (filosofică şi antropologică), ci mai ales practică. Nu numai neurologul ("cerebrologul") este direct interesat; iar pentru valenţele practice – nu este interesat în *primul rând* psihiatrul, ci în primul rând medicul care vine în contact cu bolnavul *sănătos din punct de vedere psihic*. Psihologia trebuie să devină, de aceea, o componentă cu pondere mare în formaţia *generală* a medicului, iar indicaţiile sale se cer folosite conştient şi sistematic de către orice specialist.

Pentru bolnav, datele de psihologie a medicinii îl pot ajuta să se înţeleagă pe sine şi pot contribui hotărâtor la "înţelegerea" cât mai bună dintre medic şi bolnav, premisă a succesului diagnostic şi terapeutic.

Fireşte, valoarea "obiectivă" a vieţii "subiective" nu este pusă la îndoială nici de către cei care discută dinamica vieţii personale, nici de către cei care discută dinamica vieţii sociale şi culturale.

Este uşor de văzut că o medicină care ar ignora psihologia ar fi o medicină *biologică* şi nu *antropologică*, depersonalizantă, ruptă atât de dinamica vieţii personale, cât şi de dinamica vieţii sociale şi culturale. Dar, în felul acesta, n-ar suferi numai medicina; şi psihologia sau teoria culturii ar fi lipsite de contribuţii însemnate aduse de observaţia omului aflat în "situaţii limită", pus faţă în faţă cu problematica durerii, a bolii, a morţii *(Homo patiens)*.

Ce fel de date şi ce fel de "gândire psihologică" sunt necesare medicului în cadrul formaţiei sale generale sau a activităţii în specialităţi oarecare (nu neapărat neuropsihiatrice)?

Să numim *psihologia analitică* psihologia îndreptată spre "descompunerea" vieţii psihice în procese (funcţiuni, facultăţi) elementare. Este cercetarea care are în obiectiv studiul – pe cât se poate mai riguros – al atenţiei, memoriei, ritmului psihic etc. Fără a contesta valoarea diagnostică şi teoretică a unor astfel de cercetări, opinia noastră este că asemenea preocupări, cu caracter mai mult tehnic, trebuie lăsate pe seama psihologului specialist. În lucrarea noastră (care nu are decât un caracter orientativ, care nu are pretenţii de enumerare exhaustivă a valenţelor psihologice ale medicinii şi se fereşte de indicaţii tehnice) vom da mai mult atenţie problemelor de *psihologie sintetică*, psihologiei "funcţiilor globale" (cum sunt cele legate de viaţa afectivă, de motivaţie, de atitudine, de "sentimentul realului", studiat de P. Janet) şi *psihologiei persoanei* (Allport, Mărgineanu). Şi, în deosebi, ne va interesa poziţia faţă de suferinţă, faţă de boală, faţă de moarte, care "demască" atitudini faţă de propriul eu şi faţă de viaţă, şi – adesea – un anumit *Weltanschauung*. Psihologia sintetică şi psihologia persoanei nu au exactitatea pe care le-ar putea-o împrumuta metodele experimentale; fără a se depărta de contribuţiile ştiinţelor naturii, ele se apropie de spiritul "filosofic" al ştiinţelor culturii. Pentru că nu ne putem limita la o abordare exclusiv descriptivă, ci vom căuta şi interpretări deterministe, consideraţiile noastre vor împrumuta critic ipoteze din sectorul *psihologiei dinamice*.

Trebuie să facem observaţia că elementul *antropologic* din medicină nu se reduce la *psihologie*, pur şi simplu. O importanţă covârşitoare îl are elementul *sociologic*. Pentru medicina practicată la nivel individual, de mare interes sunt datele, observaţiile, preocupările

de *psihologie socială*. Psihologia, în totalitatea ei, nu face parte dintre ştiinţele antropologice (umaniste), căci există şi o psihologie animală (zoopsihologia). Psihologia umană de interes medical are conexiuni strânse cu problemele psihologiei *culturii* (inclusiv cu problemele aşa-numitei antropologii culturale, ale esteticii şi cu cele ale creaţiei culturale), şi cu problemele teoriei valorilor (axiologie). Lumea "specific umană" este, după mulţi gânditori, lumea valorilor (etice, estetice, religioase etc.). Mai ales autorii germani au sugerat etichetarea lumii valorilor cu termenul de "lume spirituală", deosebind "sufletul" *(Seele)* de "spirit" *(Geist)*. (Asupra acestei nomenclaturi vom mai reveni). Menţionăm că atitudinea bolnavului faţă de sine-însuşi, faţă de boală, faţă de medic şi faţă de medicină depinde de coordonatele culturale, reflectă o anumită ierarhie de valori şi, în ultimă instanţă, factori de ordin sociologic şi istoric. Pentru medicină însă sunt importante atât procesele psihice cu rădăcini sociale, cât şi cele cu rădăcini biologice puternice – care ţin de pulsiuni şi de temperament, ca şi cele care ţin de particularităţile biografice individuale.

Psihologia pe care o cultivăm nu poate fi o psihologie *generală*, care să reţină numai caracteristici comune, nespecifice individualităţilor umane – ci, dimpotrivă, trebuie să fie o psihologie *diferenţială* şi *tipologică*. Ea nu este decât într-o anumită măsură o psihologie de *laborator*, a cercetării în condiţii artificiale; în cea mai mare măsură este o *psihologie "clinică"* (înţelegând "metoda clinică" în sensul acceptat de J. Piaget, şi nu în sensul de "psihologie la patul bolnavului"). Psihologia clinică urmăreşte prin observaţie şi experiment natural, prin cercetare în timp ("longitudinal"), individul concret, global, sănătos sau bolnav. Psihologia medicinii caută să fie o întruchipare a acelei *psihologii concrete* pe care o preconiza G. Politzer, psihologia care are în centrul ei "drama" persoanei umane. Psihologia "medicală" va pune accentul atât pe date obiective (sau obiectivabile), cât şi pe date subiective (introspecţia bolnavului, "intuiţia" medicului). Psihologia medicinii nu poate fi "impersonală", o psihologie a individului oarecare, descris "la persoana 3-a" *(el, ea)*, ca subiect care cunoaşte, care reacţionează sau acţionează; sau psihologia "la persoana întâi", a celui care se autoobservă. Un rol important în cadrul ei îl joacă "psihologia la persoana a 2-a" despre care scria

E. Minkowski (psihologia care cunoaşte un "tu" distinct de alţii) – şi, în particular, psihologia interacţiunii "eu-tu" (analizată de psihanaliză, de M. Buber şi de sociometrie). Această interacţiune specifică, între două *persoane* care se cunosc în ceea ce au ele deosebit (poate "unic"), sau între două persoane cu *roluri* bine definite, este cea care intervine ca bază a relaţiilor dintre pacient şi medicul *său*, sau în etiologia multor afecţiuni psihosomatice. Dragostea, transferul, vindecarea "miraculoasă" sunt exemple de concretizare a unor astfel de interacţiuni psihice.

Vorbim despre psihologie în *medicină*, despre psihologia *medicinii*, ca şi despre psihologia *medicală*, pentru a sublinia că sfera de preocupări din volumul de faţă nu coincide cu psihologia generală sau diferenţială *aplicată* la probleme de teorie şi de practică medicală, diagnostică şi terapeutică. Psihologia *medicinii* cuprinde, între altele, şi problematica psihologică a profesiunii medicale, ca şi psihologia *dramei* existenţei umane proiectată pe coordonatele bolii, suferinţei, morţii şi interacţiunii filantropice (sau "antropofile"). Ea are, ca atare, implicaţii de etică, de antropologie filozofică, de psihologie a aptitudinilor şi a muncii şi de ceea ce s-ar putea numi "teoria idealurilor" *(idealogie)*.

Psihologia medicinii nu trebuie redusă la *psihopatologie*, cu care îşi încrucişează sfera. Patologia psihicului interesează mai ales pe psihiatri; ceea ce urmărim a prezenta, în unele capitole, este mai curând o *patopsihologie*, adică psihologia omului bolnav cu psihicul "sănătos"*. Acesta ne duce, fireşte, la depăşirea schemei simpliste după care suflet sănătos se găseşte *numai* în corp sănătos. Dialectica interacţiunilor psihosomatice ne apare, dimpotrivă, cu valoroase aspecte de autonomie şi cu tulburătoare aspecte de antinomie; tocmai relativa independenţă a structurilor "psihice" (sau spirituale) faţă de dinamica fiziologică şi fiziopatologică permite psihoterapeutului să se *sprijine* pe persoana bolnavului pentru a obţine vindecarea. Spre

* O distincţie între "psihopatologie" ca patologie a funcţiilor psihice (analogă fiziopatologiei) şi "psihopatologie" ca studiu al psihologiei *psihicului* bolnav o face E. Minkowski. Desigur, nu este exclusă posibilitatea de *alterare* în timp a psihicului celui suferind de boli somatice (psihizare, nevrozare, psihotizare, nervotizare).

deosebire de psihopatologia cu punct de plecare în psihiatrie, care are în vedere în primul rând diagnosticul nosografic şi nosologic (sau "sindromologic") şi care procedează mai ales *analitic*, psihologia medicală sau psihologia medicinii (aşa cum o preconizăm) procedează mai ales sintetic în vederea *înţelegerii* lumii interioare a bolnavului.

Astfel conturată, *psihologia medicală* are relaţii multiple şi complexe cu ramurile cele mai diverse ale ştiinţelor despre om şi ale ştiinţelor "umaniste": psihologia şi psihologia socială, antropobiologia, antropologia culturală şi filozofică, etnografia, filozofia culturii, sociologia, medicina socială şi sociologia medicală, istoria civilizaţiei etc.

Cât despre relaţiile sale cu ştiinţele biologice, ele vor fi examinate principial în capitolul următor – şi în detalii în capitolele consacrate vieţii afective, etologiei, biotipologiei etc.

*
* *

Această lucrare reprezintă în concepţia noastră un tratat prin:
- amploare - abordare cuprinzătoare care ţine seama de complexitatea problemelor din acest domeniu interdisciplinar şi care depăşeşte un manual;
- nivel superior de tratare cu deschidere de perspective;
- orientare personală în stabilirea ierarhiilor şi corelaţiilor fundamentale.

Socotim că orice cunoaştere şi orice cercetare poate să-şi aducă, mai devreme sau mai târziu, fructele sale.

Astfel medici, psihologi, filosofi şi toţi acei care se preocupă de fiinţa umană în faţa vieţii, bolii şi morţii ar putea găsi un îndreptar util descoperind noi reliefuri. Vrem să sperăm.

Autorul

Dimensiunile psihologice ale omului bolnav (I)

Psihicul şi evoluţia biologică

La prima vedere ar putea să pară ciudat faptul că I. P. Pavlov, corifeul luptei pentru explicarea *fiziologistă* a comportamentului animal şi al luptei împotriva "antropomorfizării" zoopsihologiei, a putut să scrie că "lumea noastră subiectivă este prima realitate de care ne ciocnim"* şi să afirme că "psihologia, care se preocupă de partea subiectivă a activităţii omului, are *fără îndoială* (sublinierea noastră) drept la existenţă". I. P. Pavlov era omul faptelor şi – pentru un om al faptelor – nu este neglijabilă nici o disciplină a cunoaşterii, fie ea şi *pur descriptivă*. Aspectul subiectiv este, într-adevăr, aproape *definitoriu* pentru actul psihic şi, de aceea, orice ştiinţă despre om (umanistă, antropologică) nu se poate mulţumi cu fiziologia activităţii nervoase sau cu fiziologia cortexului cerebral, discipline care se mişcă în exclusivitate pe *plan obiectiv*. *A fi subiectiv*, în înţelesul pe care-l vom folosi, înseamnă nu numai a reflecta realitatea obiectivă prin prisma intereselor sau a reactivităţii proprii (în acest sens "subiectivul" înseamnă îmbinarea a ceea ce este obiectiv cu *specificul* divers şi individual; înseamnă informaţie prelucrată specific şi apreciată specific). *A fi subiectiv* înseamnă reflectare şi apreciere în câmpul lumii interioare. Particularitatea metodologiei psihologice propriu-zise este *necesitatea* absolută a drumului "prin subiectiv".

* I. P. Plavlov, *Experienţa a douăzeci de ani în studiul activităţii nervoase superioare a animalelor*, Editura Academiei, Bucureşti, 1953, p. 343; I. P. Pavlov vorbeşte în altă parte despre "calvarul conştiinţei".

Astfel, viziunea *completă* asupra fenomenului "om" (în stare normală sau în stare patologică) impune luarea în consideraţie a dimensiunii sale psihologice. Axioma (implicată şi în aprecierea făcută de I. P. Pavlov) după care suferinţa trebuie alinată, are drept corolar *umanitar* pentru practica medicală cercetarea răsunetului subiectiv al bolii şi al tratamentului. Este suficient să amintim că descoperirea narcozei, a rahianesteziei, a anesteziei locale au marcat o *cotitură* în drumul multimilenar al chirurgiei. Dar pentru medic, ca şi pentru psiholog, sunt importante şi răspunsurile la alte două probleme, privind *eficacitatea* obiectivă a vieţii psihice şi *necesitatea* de a ţine seama de înlănţuirea fenomenelor psihice pentru a explica anumite procese, evenimente sau stări de fapt – care privesc organismul sănătos sau bolnav (şi nu numai comportarea sa, în sens restrâns).

Astăzi obişnuim să examinăm aceste probleme sub specie *evolutionis* şi să considerăm eficacitatea adaptativă a vieţii psihice pe plan ecologic. Admitem, aşadar, că psihicul este o formă de manifestare a materiei vii superior organizate. Admitem că psihicul se dezvoltă iniţial în raport cu nevoile biologice. Apariţia psihicului în lumea vie poate fi considerată ca apariţia *unui nou tip de reacţii* ale organismului la *mediul său de viaţă* şi ca apariţia *unui nou tip de interacţiuni* între organisme. Psihicul realizează reglări şi adaptări după principii noi, reînnoieşte "tactica biologică" a adaptării la mediu. O asemenea linie nouă de adaptare biologică culminează cu transformarea de către om, cu ajutorul uneltelor, în funcţie de scopuri şi tendinţe, a mediului abiotic şi biotic.

Eficacitatea vieţii psihice în adaptare priveşte latura de *comportament* a animalului superior. *Eficienţa* vieţii psihice este însă multiplicată continuu *în* şi *prin* activitatea socială. În evoluţia psihicului găsim trepte spre şi până la reflectare conceptuală *în idei* ("idealul"). În societatea umană, psihicul se dezvoltă, în continuare, în raport şi cu nevoile de producţie (nevoi materiale) şi de adaptare la viaţa socială. Dezvoltarea psihicului generează, la un moment dat, nevoi autonome: *nevoile* de ordin psihologic – cun sunt nevoile culturale. Totodată, nevoile biologice şi economice dobândesc o

"impregnare" spirituală: omul creează o *"lume"* nouă, în raport cu care îşi apreciază starea şi comportamentul şi care este lumea "valorilor".

Eficacitatea şi eficienţa psihicului

O primă concluzie care deosebeşte concepţia materialist-dialectică de concepţiile materialist-vulgare (mecaniciste) este, aşadar, admiterea *eficacităţii* vieţii psihice în lumea reală – şi a *originalităţii* sale (ca fenomen). Originalitatea înseamnă, între altele, specific calitativ, ireductibilitate *logică* şi *conceptuală*. Pentru a "înţelege" viaţa psihică sau viaţa manifestând interacţiuni psihice, avem nevoie de un plus de concepte peste cele ale fiziologiei nervoase. Pentru că noi înşine "avem" viaţă psihică, putem obţine o *"înţelegere" directă, raportându-ne la trăirile noastre intime*. Această modalitate înseamnă surprinderea unor relaţii "inteligibile" în sens psihologic (scop, intenţie, motiv, tendinţă, sens etc.).

"Înţeleg" că un om căruia i s-a dat un ajutor a manifestat recunoştinţă; că un om înfuriat a lovit pe un altul etc. K. Jaspers a vorbit despre *verständliche Zusammenhänge*, termen pe care francezii l-au tradus prin "intelectiv", "comprehensibil". Se poate vorbi despre "un determinism intrapsihic" în care faptele, evenimentele etc. apar ordonate după categorii proprii psihologiei. Această ordonare diferă de cea a "relaţiilor cauzale", aşa cum o face curent neurofiziologul în explicarea actului reflex (deşi *presupune* determinismul).

Trebuie să observăm că *explicarea cauzală* (în sens fiziologic şi fizic) a actelor psihice sau de comportament cât de cât complexe, ne scapă astăzi şi ne apare, oricum, ca fiind extrem de complicată. Psihologul, atât timp cât se mişcă între limitele unei vieţi psihice normale, poate înţelege satisfăcător determinismul acestei vieţi psihice (şi poate interveni în desfăşurarea ei) cu ajutorul unei gândiri *autonome*, care nu face apel la neuro-fiziologie. Acestă gândire nu este însă *suficientă* atunci când trebuie explicată, de pildă, o influenţă

evolutivă din partea infrastructurii fiziologice (de exemplu, apariţia *motivaţiei sexuale* a comportamentului, la pubertate, sub influenţa hormonilor sexuali) sau atunci când structura psihică este alterată (de exemplu, în confuzia mintală şi în unele psihoze, manifestările bolnavului nu sunt "interpretabile" prin determinism intrapsihic; ele se cer explicate, în primul rând cauzal, pornind de la baza anatomo-fiziologică şi chiar de la baza metabolică a activităţii cerebrale).

Există, aşadar, nevoia *practică* de a aborda viaţa psihică şi cu ajutorul mijloacelor, metodelor şi conceptelor sale specifice; dar, pentru medic există şi nevoia *practică* de a încerca să descifreze relaţiile dintre "suprastructura" psihică şi "infrastructura" fiziologică, pentru a putea interveni *de jos în sus.**

Eficacitatea obiectivă a vieţii psihice se manifestă prin mijlocirea *organelor* corporale, de ex., prin mijlocirea organelor de mişcare. Există deci o influenţă psihosomatică *în sens restrâns,* de observaţie curentă *(mens agitat molem).* Cât de "largă" este acestă influenţă? Desigur, o activitate motorie "comandată" nu s-ar putea efectua dacă nu ar fi influenţate, concomitent, şi viscerele de deservire a acesteia (inimă, vase, ficat, plămâni etc.). Pe de altă, parte, *emoţiile* au o corelaţie fiziologică neuroendocrină; prin mijlocirea hormonilor, viaţa afectivă are un răsunet global, omnitisular. *Expresia* emoţiilor cuprinde cu predilecţie anumite sectoare somatice (de ex. faciesul).

Caracterologii "văd" exprimarea temperamentului şi caracterului în detaliile activităţii motrice. Psihosomaticienii (în sensul larg al acestui cuvânt) susţin strânsa corespondenţă şi influenţarea reciprocă a "laturilor" (aspectelor?) somatic (fizic) şi psihic ale persoanei umane. Eficacitatea *somatică* a psihoterapiei poate fi înţeleasă ca o intervenţie *de sus în jos.*

În perspectivă dialectică, *autonomia* vieţii psihice înseamnă tot-odată dependenţă şi independenţă relativă. *Dependenţa* vieţii psihice trebuie judecată simultan în raport cu *viaţa fiziologică* şi cu *viaţa socială.*

* Tot astfel, chimistul are nevoie de cunoştinţe despre structura şi "funcţionarea" atomului.

a) Fiziologia este pe cale de a descifra *mecanisme cerebrale* de mare importanţă pentru viaţa psihică. Stăpânirea lor constituie un mijloc de a o putea influenţa (psihofarmacologie, psihochirurgie). Dar dezvoltarea psihoterapiei pune la îndemână, în acelaşi timp, mijloace de comunicaţie *specific umane* de influenţare a vieţii psihologice şi – până la un punct – a vieţii fiziologice*.

b) Există un grad de *autonomie* a vieţii psihice în raport cu infrastructura fiziologică. Pe baza acesteia, influenţele sociale pot domina determinantele biologice. Pe de altă parte însă, rădăcinile temperamentale ale mentalităţii fac ca, în cadrul *dependenţei* faţă de factorii istorico-sociali şi economico-sociali, să existe o mulţime de atitudini individuale, nestandardizate.

c) Patologicul înseamnă o intervenţie accidentală şi incidentală în "mecanismele" infrastructurale fiziologice şi în interacţiunea om-societate. Restrângând gradele de libertate a vieţii (K. Marx), boala va accentua *dependenţa* psihicului faţă de factorii care o condiţionează. Acest fapt are implicaţii în medicina legală (scăderea responsabilităţii etc.). Totodată, slăbind eficienţa unor instanţe de control şi autocontrol, aspecte *autentice* ale personalităţii (de exemplu, cele temperamentale) până atunci mascate (sau dominate de "caracter") pot ieşi la iveală. Situaţia de boală constituie, astfel, o cale de cunoaştere a intimităţii fenomenului personal-uman (idiografic) şi a celui general-uman (generic).

Se poate vorbi de o *perspectivă biologică* asupra vieţii psihice, care nu trebuie confundată cu *perspectiva biologizantă* şi nici cu *perspectiva fiziologistă.*

Din perspectivă biologică se argumentează "eficacitatea" vieţii psihice, luând în considerare, de pildă, funcţia biologică a gândirii sau a vieţii afective (în adaptare, în perpetuarea speciei etc.). Ea este, după cum s-a văzut, o perspectivă ecologică şi evoluţionistă. *Semnificaţia* pentru fenomenul "viaţă" a psihicului este o problemă de biologie generală, în timp ce *mecanismele* nervoase ale vieţii psihice sunt o

* Medicamentul sau intervenţia chirurgicală sunt tot mijloace specific umane (tehnice, artificiale), dar ele acţionează prin "mecanisme" *diabiotice* (comune omului şi animalelor) şi nu prin "mecanisme" *dianoetice.*

problemă de fiziologie. Înţelegerea justă a doctrinei lui I. P. Pavlov duce la etichetarea ei ca o perspectivă *biologică* proiectată asupra activităţii nervoase superioare. Interesat (ca fiziolog) de mecanismele cerebrale (pe care le imagina pe linie carteziană, reflexologică) el n-a pierdut din vedere (ca bun darwinist) însemnătatea lor adaptivă şi evoluţionistă, sensul lor biologic. O perspectivă *biologică* asupra vieţii psihice se găseşte şi în behaviorism – o altă direcţie de constituire a unei "psihologii fără psihic", a unei ştiinţe obiective a comportamentului. Pentru behaviorism, importantă este stabilirea legilor care leagă stimulii obiectivi de reacţii obiective ale animalelor; mecanismele neurologice subiacente nu intră în cadrul acestor preocupări. În sfârşit, s-a constituit, ca ştiinţă de observaţie, experimentare şi interpretare a comportamentului natural, mai ales înnăscut sau ereditar, *etologia* (K. Lorenz, Tinberger ş.a.).

O perspectivă *biologizantă* ar însemna considerarea vieţii psihice *umane* ca un instrument exclusiv al vieţii biologice (instincte de alimentare, de reproducere etc.). Or, în cadrul societăţii, viaţa psihică a dobândit noi funcţii (culturale, "spirituale" etc.), care sunt în general preponderente. (Noi semnificaţii a dobândit şi viaţa corporală: organele, funcţiile de alimentare, reproducere, relaţie etc.).

Perspectiva *biologică* poate fi opusă, până la un punct, perspectivei *fiziologiste*. Ea restabileşte – pe plan conceptual – unitatea dintre *somatic* şi *psihic*, care constituie o problemă greu de descifrat atunci când examinăm psihicul şi soma *umană*, ca termeni finali ai unei diferenţieri ontogenetice şi filogenetice. În schimb, pentru genetician şi pentru embriolog, care cercetează transmiterea ereditară a însuşirilor fizice şi de comportament, ca şi dezvoltarea lor pornind de la celula-ou, această unitate este un postulat. Ecologul (sau etologul) ştie, de asemenea, cât se poate de bine că un animal dotat cu cele mai perfecţionate organe nu poate trăi dacă natura nu-i dă şi reacţiile comportamentale prin care să le folosească în mod adecvat.

Perspectiva biologică este necesară, dar nu suficientă pentru psihologia medicinii. Nu putem înţelege omul numai prin dinamica ereditară a organelor sale; omul este *mai mult* decât un organism. S-ar putea spune că boala aduce şi o "regresiune antropologică" a persoanei *spre* starea de organism. Într-adevăr, analiza pur cauzală a bolii găseşte în ea numai o "anomalie de material", un *defect*. În *perspectivă biologică*, boala este "viaţă în condiţii modificate". Dar este vorba de un *om* bolnav, şi atunci a fi bolnav înseamnă o existenţă umană modificată - viaţa trăită, în forma *insuficientă*. Boala limitează libertatea omului de a-şi urma ţelurile; la organismul bolnav domină lupta *biologică* pentru restabilirea stării de sănătate, finalitatea intrinsecă. Prognosticul devine infaust atunci când autoreglarea eşuează, când finalitatea este *redusă* la cauzalitate. Prin boală, *persoana* umană se sărăceşte deseori, ea devine un simplu *individ* biologic; prin moarte, omul devine un simplu obiect (lucru).

Un oarecare paralelism cu situaţia descrisă există şi în regresiunea morbidă a vieţii psihice; psihismul relaţiilor *intelective* se reduce, apar relaţii "absurde", care sunt însă susceptibile de a primi interpretări finaliste (apărare a *ego*-ului etc.) şi – în cele din urmă - apar numai explicaţii cauzale (neurofiziologice).

Perspectiva biochimică în psihologie

Există şi un *punct de vedere biochimic* în psihologia şi în psihiatria contemporană. Orientările actuale sunt legate în principal de următoarele probleme (care sugerează un model, "umoralist" al creierului):

1. Influenţa (de netăgăduit) a secreţiilor endocrine asupra vieţii psihice – subînţelegându-se prin aceasta mai ales răsunetul psihic al influenţei *directe* hormonale asupra substratului nervos. În această privinţă, C. I. Parhon are lucrări de pionierat, publicate în primul deceniu al secolului al XX-lea. Menţionăm nevrozele obţinute de I.P. Pavlov prin castrare. Actualmente se vorbeşte despre "endocrinopsihiatrie" (M. Bleurer) şi despre "psihosindromul endocrin".

2. Existenţa a numeroase "erori înnăscute de metabolism", care evoluează sub forma unor afectări metabolice şi histologice cerebrale, repercutându-se asupra dezvoltării mentale.

3. Cercetarea substratului chimic al memoriei, substrat căutat în ribonucleoproteinele neuronale (Hydén) sau în fosfolipide (Macovschi); pentru acesta din urmă, materia vie – substrat al gândirii abstracte – este o materie vie specializată, "noesică".

4. Viaţa psihică poate fi influenţată în mod variat de către substanţe chimice, toxice sau medicamentoase. Vechile probleme ale stupefiantelor, alcoolismului, tabagismului, uzului şi abuzului de cafea au fost reactualizate în urma succeselor obţinute de psihofarmacologie. Medicaţia psihotropă, tranchilizantă, psiholitică etc. a deschis noi perspective, nu numai terapeuticii, ci şi fiziopatologiei şi psihopatologiei. Menţionăm că o gamă variată de simptome psihice se găseşte consemnată în "patogenezia" remediilor homeopatice.

5. Unele acţiuni toxice pot produce simptome psihice sau pot reproduce sindrome majore *psihiatrice*. Intoxicarea bulbocapninică a animalelor duce la o stare similară catatoniei (Baruk şi De Jong), fapt care a fost interpretat ca "actul inaugural al psihiatriei experimentale la animale". Corelaţiile psihologice şi psihopatologice ale bolilor infecţioase sau ale bolilor organelor interne ne apar astfel în altă lumină. Dar, aşa cum vom mai arăta, trebuie să ne ferim de a interpreta manifestările psihice din cursul unor boli ca fiind efecte *directe* (de tipul celor manifestate de *obiecte*) ale unor cauze unice şi simple; întotdeauna, între cauză şi efect se interpune *persoana* – şi deseori simptomele sunt expresia unei *riposte* (şi nu o *reacţie* nemijlocită).

6. Creierul este privit din ce în ce mai mult ca un ansamblu de microsisteme hormonale, ca un complex endocrin. Este de-ajuns să amintim despre intermediarii chimici ai excitaţiei (şi inhibiţiei) nervoase: printre primii, sunt bine cunoscuţi noradrenalina, acetilcolina, serotonina. Pe de altă parte, se cunosc neuroni secretori de polipeptide cu acţiuni hormonale în sensul clasic al cuvântului: aşa-numiţii hormoni neurohipofizari (oxitocina, vasopresina), stimulinele hipofizei. În sfârşit, menţionăm descoperirea encefalinelor, inclusiv a endorfinelor, "morfine" endogene, polipeptidice. În perspectiva actuală, unii hormoni polipeptidici hipofizari sunt priviţi ca "materie primă" pentru lanţuri mai scurte cu acţiune neurotropă (cerebrotropă).

7. Din metabolizarea anormală (?) sau din alterări chimice ale moleculelor de substanţe metabolice uzuale ale creierului ori din ergonele citate, pot lua naştere produşi psihotropi (de exemplu halucinogenele).

Perspectiva cibernetică în psihologie

În ultimii treizeci de ani, în neurologie, în psihologie şi în psihiatrie şi-au făcut loc punctele de vedere *cibernetic* şi *informaţional*. Pentru cibernetician (N. Wiener), funcţionarea organismului, ca şi a sistemului nervos central, poate fi studiată abstract cu ajutorul teoriei automatelor (bineînţeles, conceptul abstract de *automat* are altă semnificaţie decât cea din vorbirea curentă).

Creierul este conceput ca un sistem complex capabil de a emite şi de a primi (codifica, traduce, decodifica) informaţii, de a prelucra după anumite legi informaţii *intrate*, de a le stoca memorial, de a produce automat "*ieşiri*", care reprezintă anumite *funcţii* logice, probabiliste, matematice etc. faţă de informaţia intrată. Teoria matematică a comunicaţiei (Cl. Shannon) ne dă posibilitatea de a aprecia cantitativ fluxul de informaţie (unitatea cea mai răspândită pentru măsurarea "cantităţii de informaţie" fiind *bit*-ul).

Este de menţionat faptul că cibernetica permite nu numai analizarea (şi modelarea) unor funcţii cognitive (intelectuale) ale omului, ci şi modelarea vieţii afective (C. Bălăceanu, Edm. Nicolau ş.a.). Consideraţii cibernetice sunt apte de a aduce lumină asupra patogeniei nevrozelor şi a psihozelor, pornind de la conceptul de *instabilitate* a sistemelor şi de la analiza condiţiilor în care un sistem cibernetic prezintă *oscilaţiuni*.

Noţiunea de automat (în sens cibernetic) merită unele comentarii. Creierul este privit ca un automat *ierarhizat*. Ierarhizarea aceasta este înţeleasă în sens jacksonian (H. Jackson a arătat că viaţa neuropsihică este structurată etajat, instanţele superioare controlând – prin inhibiţie – instanţele inferioare; astfel, la lezarea unui nivel, apar

simptome de deficit – dar şi simptome de *liberare* a nivelelor subiacente). Automatul este considerat a fi un automat *finit*, dar cu posibilităţi practic infinite de reacţie (acest număr *imens* de posibilităţi este legat de numărul imens de asocieri, conectări, interacţiuni între miliardele de neuroni ai creierului). Funcţionarea automatului ascultă de principii în parte riguros deterministe şi în parte probabiliste. O schemă insuficient analizată este aceea a automatului "trans-finit", capabil oricând să se depăşească (virtual) (de exemplu, putem lua atitudine faţă de propria noastră atitudine etc.).

Atitudinea psihologilor faţă de concepţia automatistă este din ce în ce mai puţin rezervată. Este uşor de văzut că *automatismele* sunt fundamentul activităţii neurologice şi psihologice. Importantă este şi distincţia între suportul substanţial şi energetic – maşina, unealta (*hard ware*), între programul de funcţionare (*soft*-ul) şi "modelul" funcţionării (*fine ware*). Programul este traducerea, într-un "limbaj" accesibil maşinii, a şirului de comenzi (algoritm).

Interpretările cibernetice au evidenţiat utilitatea (operaţională) de a deosebi, printre aspectele sistemelor, cele *substanţiale* ("substanţă" în sensul dat de chimişti acestui termen), de cele *energetice* (în sensul dat de fiziceni) acestui termen, de cele *informaţionale*, legate de organizare (specifică). Ceasornicul clasic este un automat cinematic; locomotiva este o maşină energetică; ordinatorul electric este o maşină informaţională programabilă. Aceleaşi interpretări au popularizat distincţia terminologică "tehnică" între sisteme *analogice* (cu variaţii continui) şi sisteme cu funcţionare discretă. Conexiunile sinaptice sunt de tip mixt. Operaţiile logicomatematice presupun un model "solidist" al creierului.

Automatul cerebral este un automat cu programare complexă şi *autoadaptiv* (capabil de a-şi modifica programele pe baza experienţei acumulate). Cuvântul este mai mult decât un "excitant fiziologic real" (I.P. Pavlov); el poate actualiza programe şi poate influenţa decizii. Scopurile psihoterapiei, al susţinerii şi autosusţinerii morale sunt: 1) de a evita degradarea prin *simplificare* şi prin inerţie a automatismelor superioare; 2) de a le menţine (sau restabili) virtualitatea unei opţiuni (sau decizii) subtile, în care ponderea cea mai mare să revină factorilor cu caracter de "valoare înaltă".

În "ştiinţele informaţiei" se operează nu numai cu cantitatea de informaţie (măsurată prin mijlocirea abolirii unor incertitudini), concept statistic, ci şi cu alte mărimi statistic-probabiliste (entropie, redundanţă) şi cu alte *dimensiuni* ale informaţiei (semantică, sintactică, pragmatică) (F. Klix). Mai mult, *legătura de tip informaţional* este privită ca un tip de conexiune între sisteme organizate şi interacordate (cum ar fi un post de radioemisie şi un aparat de radiorecepţie), conceptul de informaţie este "dezantropomorfizat" (nu se identifică cu cel de "ştire"), cazul comunicaţiei şi al cunoaşterii umane este privit ca un caz specializat pe linia evoluţiei vieţii biologice şi psihice etc. Această direcţie a fost urmată în medicina românească de către A. Restian (*Patologie informaţională*, 1967; *Homo ciberneticus*, 1980) şi de către V. Enătescu (1982).

O altă direcţie care se autointitulează tot *informaţională* se dezinteresează de ontologia *generală* a sistemelor, porneşte de la înţelesurile umane ale "informaţiei", şi de la triada "eu-tu-el" (Ed. Pamfil, St. Stoessel, D. Ogodescu).

Perspectiva psihoimunologică

Naşterea psihoimunologiei marchează, către mijlocul anilor '70 împlinirea naturală a numeroase studii clinice, epidemiologice şi experimentale. Apărută în acelaşi timp din reflexiunea psihodinamică şi progresele în domeniul cercetării biologice, psihoimunologia deschide o nouă perspectivă în interpretarea biospihică-socială a proceselor morbide.

Această disciplină ne oferă o serie de date care dau posibilitatea unei cunoaşteri integrative şi subtile de mare importanţă în concepерea actuală a unei medicini psihosomatice cu prelungiri în medicina comportamentală. În acest sens, ea ia în seamă două aspecte fundamentale:

- raportul care se poate stabili între funcţionarea sistemului nervos central, vicisitudinile vieţii psihice, experienţele emoţionale şi

capacitatea sistemului imunitar de a combate agenţii responsabili de boli infecţioase sau de a deveni ei înşişi agenţi de auto-agresiune;

- relaţiile care se pot constata dintre tulburările imunologice şi etiopatogeneza anumitor afecţiuni somatice (neoplazii) şi mentale.

Astfel, psihoimunologia face apel la o abordare şi la un studiu interdisciplinar (Miller H.P. - *Psycho-immunology*. American Psychiatrie Press, Washington D.C., 1989).

S-a observat un risc relativ crescut de boli infecţioase şi de cancere printre subiecţii care erau în doliu, care aveau o depresiune, la cei expuşi la grade variate de stress sau la evenimente de viaţă. De asemenea răspunsul la tratament a cancerului pare a fi influenţat de un anumit număr de variaţii psihologice şi sociologice (Cohen, 1982, Levy, 1985).

Care sunt bazele neuro-biologice ale psihoimunologiei?

O serie de cercetări au arătat că sunt numeroase acţiuni de feed-back între SNC (sistemul nervos central), SE (sistemul endocrin) şi SI (sistemul imunitar). Se atribuie o importanţă majoră intervenţiei SNC şi a SE la nivelul proceselor de imunomodulaţie şi s-a demonstrat existenţa şi de legături directe între SNC şi sistemul limfatic, ceea ce, între altele, confirmă legitimitatea ipotezelor psihoimunologice (Andreoli, 1989).

În afară de acţiunea sa neuro-modulatoare, creierul produce un ansamblu de neuro-hormoni cu proprietăţi imuno-reglatoare.

Fenomenele imunitare specifice şi nespecifice sunt intricate la toate nivelurile: răspunsul adaptativ duce la producţia de substanţe (anticorpi şi limfokinine), care cresc considerabil eficacitatea apărărilor nespecifice (fagocitoza etc.) în timp ce fenomenele de recunoaştere specifice sunt incluse în cadrul imunităţii adaptative.

Studii din ultimii ani, plecând de la acelea făcute de R. Ader (*Psychoneuroimmunology*, Academic Press, New-York, 1981), au arătat că răspunsul imunitar poate fi condiţionat şi că imunitatea poate fi considerată un proces adaptativ.

Investigaţia experimentală a raporturilor dintre stress şi răspunsul imunitar a arătat că stressul antrenează un profil caracteristic al

funcţionării imunitare, măsurate prin viteza de creştere tumorală, activitatea NK (natural Killer), stimularea limfocitară prin mitogene etc.

Stressurile de intensitate limitată şi mai ales previzibile activează în genere răspunsul imunitar şi din contră stressurile foarte intense şi mai ales imprevizibile au efecte de inhibiţie asupra funcţionării limfocitare (Keller, 1983).

Am vorbit despre stress, dar trebuie să precizăm că actualmente se consideră că există două tipuri fundamentale de stress, reliefate de către Selye în 1973 şi anume: distressul şi eustressul.

În literatură se foloseşte (încă) termenul de stress cu înţeles de distress. Distress (de la prefixul grec "dys" = dezagreabil, nociv, rău, negativ, precum în termenii diskinezie, dispepsie, dispnee, displazie, distonie etc.).

Eustress, denumit astfel de Selye se deosebeşte net de distress atât din punct de vedere al agenţilor stressori (ex. trăiri psihice intense, ca tonalitatea afectivă pozitivă), cât şi a consecinţelor sale pentru organism care sunt în genere favorabile cu rol dinamizator asupra individualităţii şi de sporire a valenţelor vitale. Eustress (de la prefixul "eu" = agreabil, benefic, bun, pozitiv) precum euforie, eutrofie, euritmie, eutocie, eufemism etc.).

Acest termen (eustress) se poate referi la o solicitare, la un efort, la o strădanie; ex. solicitare cu satisfacţia depăşirii unui obstacol sau a unei situaţii; efort muscular intens - partidă de tenis sau înot, câştigarea unei competiţii sportive; strădanie care duce la realizarea unei creaţii ştiinţifice sau artistice cu bucuria aferentă resimţită etc.

Aşadar este vorba de un stress resimţit pozitiv, care stimulează şi permite performanţe crescute şi chiar dotat cu valoare curativă.

Expunerea la anumite tipuri de stress (nociv) - ca de pildă stressul de separaţie de mamă (angoasa de separaţie sau lipsa de sintonie mamă-copil) - sau prezenţa unor stări psihologice negative pot să dezorganizeze funcţionarea imunitară şi să apară o netă vulnerabilitate clinică la anumite boli.

La om acţiunea stresului duce la efecte imunitare asemănătoare celor găsite experimental la animal. Dar, la fiinţa umană se intercalează o gamă variată de stări emoţionale, iar mecanismele neuro-

biologice permit SNC să moduleze răspunsurile adaptative şi să joace un rol crucial asupra efectelor imunitare observate. În genere, aceste cercetări permit de a pune în evidenţă asocierile dintre factorii de stress (distress) psiho-social şi diminuarea imunităţii. Evantaiul acestor factori este foarte larg: moartea tovarăşului de viaţă, pierderea unei persoane dragi (pierderea unui "obiect" încărcat de o semnificaţie afectivă), angoasa subiecţilor premergătoare unor examene, starea dispoziţională a acelora care stau în preajma sau (şi) îngrijesc bolnavi suferind de boli incurabile etc.

Efectele imunitare ale acestor factori (evenimente de viaţă - Life change Events) par să fie în legătură cu natura, durata şi intensitatea situaţiei stessante.

Cercetări minuţioase au arătat influenţa divorţului, doliului, depresiunii etc. asupra funcţionării limfocitare, care se pot asocia cu o creştere a mortalităţii şi a apariţiei cancerului şi a infecţiilor.

Astfel, Etiope (*Elementi di psico-oncologia generale e ginecologice*, Piccin, Padova, 1989) menţionează mai mult de 300 lucrări experimentale şi observaţii asupra relaţiilor dintre stress (distress) şi cancer. Desigur, problema este complexă întrucât la om intervin o serie de factori: rolul personalităţii ca factor de risc, existenţa de stări stressante în istoria personală a pacienţilor suferind de cancer, influenţe psiho-sociale asupra devenirii clinice a neoplaziilor.

S-a arătat existenţa unei corelaţii între evenimentele de viaţă stressante - cu răsunet defavorabil, incapacitatea de a reacţiona în mod adecvat a personalităţii şi riscul crescut de a dezvolta un cancer. La pacienţii prezentând cancere cu diferite localizări s-a constatat o scădere foarte netă a capacităţii de expresie a emoţiilor (Antoni şi Goodkin, 1988, Van Ploeg şi colab., 1989).

Dar cum acţionează stressul (distressul) asupra organismului nostru favorizând cancerogeneza?

Este posibil de a pune în evidenţă înlănţuirile care pot să se stabilească între o anumită trăire emoţională şi o clonă celulară "dereglată"?

După cum arătam, intervin şi caracteristicile personalităţii (profilul psihologic al individului), reacţia şi atitudinea faţă de boală, sistemul social în care este inserat pacientul şi care sunt tot atâţia factori care pot influenţa mecanismele neuro-tumorale de reglare şi modulaţie a răspunsului imunitar (A. Athanasiu).

De-a lungul ultimilor ani s-a scos în evidenţă faptul că structura aspectelor interpersonale, calitatea interacţiunilor sociale dintre membrii familiei sau la colectivului de muncă ar putea avea o acţiune tampon, capabilă de a atenua efectele evenimentelor stressante (negative) şi a modula răspunsurile individuale faţă de aceste evenimente (Henry). În acest sens s-a sugerat că "social support system" (Bloom) ar putea avea o certă importanţă ca factor de mediere a raporturilor dintre stress (distress) şi boală.

Astfel, s-a efectuat un studiu de urmărire (18 luni) la un grup de pacienţi care prezentau cancere cu diferite localizări.

S-a observat o supravieţuire semnificativ mai lungă la subiecţii mai puţin stressaţi emoţional (în sens negativ), cu o capacitate de reacţie "tonică" la boală şi care puteau conta pe suportul unor persoane în care ei aveau încredere. Multe alte studii efectuate asupra femeilor cu adenocarcinom al sânului au arătat că acelea dintre ele care au manifestat după mastectomie o reacţie afectivă de optimism şi o atitudine de "negaţie" a bolii şi "spirit de luptă", au prezentat o mai bună evoluţie şi o supravieţuire crescută - controlate după 5 ani; şi aceasta în raport cu pacientele care au "răspuns" prin acceptare stoică sau disperare - inerţie (Greer şi colab., 1979, Morris şi colab., 1981, Funch şi Marshall, 1983 ş.a.).

Faptul că şi viteza de creştere a neoplaziilor este influenţată de sistemul de apărare şi funcţionare a sistemului imunitar, care poate fi perturbat prin modificările echilibrului psihologic şi prin experienţele emoţionale, este actualmente lucru admis.

Dacă este adevărat că stressul (distressul) - poate în mod direct sau indirect - să modifice mecanismele de control imunitar, putem admite că factori desfăşurând o influenţă pozitivă asupra echilibrării şi restructurării vieţii emoţionale, suscitând speranţa, sporind încrederea sau mobilizând resursele personale ale celor suferinzi sau expuşi, sunt în măsură să îmbunătăţească modalităţile de reacţie şi de rezistenţă a

organismului faţă de boală (Gordon şi colab., 1980, Biondi şi Grassi, 1984, Raunbault, 1986).

Aşa încât tentativa de a atribui intervenţiei (nu numai medicului şi psihologului), de a corecta o "traiectorie defectuoasă" a comportamentului de viaţă a individului, nu poate fi considerată absurdă sau teoretic nefondată, deşi ea este încă puţin realizată.

Este vorba aici de două aspecte: realizarea unei conduite antistress (nociv) şi o cultivare a stressului benefic (eustress).

În ceea ce priveşte conduita antistress, am cita dobândirea unei rezistenţe faţă de solicitări printr-un veritabil antrenament, ca şi o indiferenţă faţă de circumstanţele stressante defavorabile, preponderent emoţionale, o creştere a abilităţii de a se relaxa, o educaţie în restructurarea unui anume comportament.

Iar ca favorizare a eustressului, am menţiona cultivarea de stări dispoziţionale tonifiante, de stimulare vitală, care permit o satisfacţie superioară şi performanţe crescute, cu sentiment de împlinire şi cu valenţe benefice (curative) pentru individ.

Aici ar intra, între altele, râsul (râsoterapia) şi muzica bună. Râsul lucrează prin componenta psihică "mărind energia vitală prin stimulare mentală". Amintim că Lessing a întrevăzut rolul râsului în profilaxia morală.

O anumită muzică (respectiv, muzicoterapia), aşa cum subliniam în altă parte, are ca principal obiectiv de a diminua anxietatea, de a înlătura inhibiţiile, de a tonifica, de a ajuta la reorganizarea vieţii interioare, de a restabili sau ameliora comunicarea etc.

Şi aşa cum se desprinde din cercetările neurofiziologice şi psihofiziologice făcute la Institutul de la Salzburg (Von Karajan) muzica ar putea creşte rezistenţa fiinţei umane la dificultăţi şi boală.

În concluzie, ar reieşi - precum nota Selye - că cei care recomandă metode de a evita orice fel de stress, nu au înţeles bine principiul: "A evita stressul", spune el: "Stressul este sarea vieţii". Ne trebuie stressul, dar în anumite limite şi în speţă, stressul benefic (eustressul) sau cum se exprimă metaforic, cu o extraordinară intuiţie, Tudor Arghezi: "să deşteptăm suferinţa plăcută a omului".

Perspectiva cronopsihologică

Noţiunea de *ritmuri biologice* este binecunoscută; ea face parte din experienţa obişnuită a fiecăruia. De exemplu, ritmul care se prezintă cel mai evident este acela al alternanţei de veghe şi somn, în cursul zilei de 24 de ore. Este un *ritm circadian*, adică o perioadă în jur de 24 de ore. Femeile au experienţa unui ritm biologic cu o perioadă mai lungă (în jur de o lună), acela al ciclului menstrual (ritm infradian).

Cronobiologia este studiul cantitativ al bioritmurilor, adică variaţiile biologice previzibile, ca fiind componenete ale unei structuri temporale universale.

Dar este o dimensiune care nu a fost până în prezent decât puţin explorată: influenţa pe care o exercită ritmurile biologice asupra organizării psihologice a individului. Şi se poate ilustra această influenţă în mai multe feluri, ca de exemplu:

- relaţia existentă între anumite tablouri psihopatologice şi alterările ritmurilor biologice;
- corelaţiile dintre ritmurile biologice şi ritmurile psihologice, ceea ce permite a defini cronopsihologia, precum a fost definită cronobiologia, cu circa 25 de ani înainte.

Aşa încât, ceea ce am dori este de a atrage atenţia asupra existenţei acestor *ritmuri psihologice*, care au o infrastructură biologică, dar care au de asemenea aspecte psihologice, depinzând de condiţiile socio-culturale ale existenţei noastre.

Aşadar, este important de a vedea din perspectivă cronopsihologică "cum datele biologice trebuie să fie reinterpretate în lumina datelor psihologice, adică ceea ce oamenii fac şi nu numai ceea ce resimt". (P. Fraisse).

Comportamentele noastre, obiect de studiu al psihologiei, sunt strâns dependente de organizarea noastră biologică, deci de ritmurile noastre biologice: orice alterare a acestor ritmicităţi, fie că ţine de cauze interne (tulburări neurofiziologice) sau externe (activitatea în ture, de exemplu), are numeroase şi, adesea, dramatice consecinţe asupra echilibrului nostru psihologic.

Pentru a înţelege această relaţie este suficient a aminti faptul bine cunoscut al dezorganizărilor temporale provocate de zborurile transmeridiane. Se ştie că zborurile comportând depăşirea a cel puţin 5 fusuri orare sunt urmate de o "desincronizare" a ritmurilor (esenţial ritmuri circadiene). Astfel, după un zbor Paris-New York, schimbarea de fază este în jur de 5 ore; ritmurile circadiene vor fi desincronizate, până în momentul când, sub influenţa sincronizatorilor socio-ecologici, subiectul se va resincroniza şi se va adapta. Reinberg (1971) a arătat că durata necesară acestei resincronizări variază de la un subiect la altul pentru o aceeaşi funcţie fiziologică, şi că ea variază la un acelaşi subiect de la o funcţie psihofiziologică la alta: astfel, vor trebui 1-3 zile pentru a resincroniza ritmul veghe-somn, în jur de 1 săptămână pentru ritmul temperaturii centrale, în jur de 3 săptămâni pentru ritmurile endocrine şi că aceasta variază; în sfârşit, restabilindu-se după direcţia zborului; ea este mai scurtă pentru un zbor de la est către vest, faţă de un zbor de la vest către est.

Dacă analiza exhaustivă a fenomenelor de sincronizare pune implicit problema probabilităţii originii endogene a ritmurilor biologice, în cronopsihologie se pune de asemenea problema foarte complexă a sincronizatorilor socio-culturali.

Vom prezenta mai întâi câteva *exemple sugestive de tulburări psihopatologice,* la care perturbări asociate ale structurilor temporale au putut fi observate şi în domeniul patologiei neonatale (prematuritate), variaţiilor circadiene ale emoţiilor şi din domeniul patologiei mentale (timopatii).

La ora actuală, 5-7% din naşteri sunt anterioare termenului normal, iar copiii prematuri prezintă la naştere întârzieri în organizarea ritmurilor lor circadiene.

Pentru mulţi autori, la prematuri există un risc mai mare de "dezordine cerebrală a-minima", pus în evidenţă cel mai adesea în momentul şcolarităţii. În aceste sens, s-a descris un "sindrom al fostului prematur", care ar consta (după Berges şi Lezine) dintr-un "ansamblu de tulburări, care se observă în afara oricărei leziuni neurologice şi a oricărui deficit intelectual, o simptomatologie psihomotorie, traducând astfel un defect de elaborare mentală şi de simbolizare".

Când aceste tulburări apar precoce, ele iau forma anorexiei, tulburărilor de somn, tulburărilor de comportament, mai ales instabilitatea motrice. Când aceste tulburări se manifestă mai tardiv, ele traduc o rea organizare a schemei corporale şi dificultăţi ale controlului emoţional. Aceste constatări au dus la introducerea de veritabile programe de amenajare a ambianţei prematurului, cu scopul de a uşura ritmurile sale biologice, prin efectul stimulărilor senzoriale, în special în sfera tactilo-vestibulo-kinestezică.

Vom discuta acum despre *variaţiile circadiene ale emoţiilor.*

Motivate de circumstanţe deosebite, anumite manifestări ale emoţiilor sunt susceptibile de a varia în cursul nictemerului, atestând existenţa de momente orare de "mai mică rezistenţă". Variaţiile, care apar la un stress exteroceptiv, la o agresiune dureroasă sau la o situaţie tensională psihoafectivă, se pot înscrie ca atare în câmpul cronobiologic al fluctuaţiilor circadiene ale reactivităţii emoţionale.

Semnificaţia psihosomatică a ulcerului gastric constituie referinţa istorică cea mai clasică a patologiei cerebroviscerale.

La om, periodicitatea ulceroasă pare să înregistreze nu numai regimul jurnalier al ingestiilor alimentare, dar şi fluctuaţiile reactivităţii emoţionale primare.

De asemenea, instabilitatea tensiunii arteriale, urmată de hipertensiune, s-ar înscrie şi fluctuaţiile timice, legate de agresivitatea latentă, clasic percepută în "psihograma" hipertensivului.

Furtunile vasomotorii în domeniul circulaţiei coronaniene ar rezulta dintr-un ansamblu momentan de factori biochimici, neurovegetativi şi psihoafectivi, ale căror oscilaţii pot să se suprapună unui moment nictemeral determinat.

Evocarea acestor convergenţe temporale se vădeşte mai demonstrativă atunci când fenomenele psihosomatice participă mai direct la anumite idiosincrazii.

Apariţia manifestărilor dermatologice pare să răspundă unei conjugări orare privilegiate dintre o stare metabolică particulară a ciclului sensibilităţii umorale şi o anumită stare momentană a reactivităţii emoţionale bazale.

În această perspectivă cerebroviscerală variațiile nictemerale ale crizelor dispneice ale astmaticilor constituie veritabile *ritmuri psihobiologice* (A. Reinberg, 1991). Există o relație temporală precisă între paroxismele nocturne ale astmului și nivelul minimal al corticosteroizilor.

Afecțiunile ginecologice și momentele de intoleranță sexuală sau anumite dureri reumatice sunt ritmate de cicluri endocrine, fiind tributare în același timp fluctuațiilor angoasei.

În ceea ce privește *timopatiile* și *ritmurile circadiene,* mai mulți autori au emis ipoteza unei anomalii a antrenării sau a sincronizării ritmurilor circadiene în depresiile endogene uni- sau bipolare și, în special, în psihoza maniaco-depresivă (Benoit, 1984). Dificultățile de adormire, trezirile repetate în timpul nopții și o trezire matinală mai mult sau mai puțin precoce *(pool* matinal al angoasei, P. Janet) sunt asociate cu tulburări ale vigilenței, manifestându-se prin perioade diurne de somnolență, modificând considerabil structura somnului.

Așadar, ceea ce este important din punct de vedere cronopsihologic este faptul că o serie de cercetări arată periodicitatea circadiană a activității chimice a neuroreceptorilor.

În ceea ce privește *cronopsihologia și psihologia educației,* toată lumea, părinți și învățători, este de acord să recunoască că un copil nu poate să rămână "în formă" 24 de ore din 24.

În aceste sens, s-a studiat corelația care există între întârzierea mentală școlară și durata acordată somnului, care pare să reprezinte o bună evaluare a duratei somnului efectiv. A reieșit că printre copiii care dorm mai puțin de 8 ore, 61% prezintă o întârziere mentală de cel puțin 1 an, nici unul nefiind în avans. Printre copiii care dorm mai mult de 10 ore, doar 13% prezintă o întârziere și 11% erau în avans cu cel puțin 1 an (Pouziliac). Nu este vorba, evident, decât de o simplă corelație și nu se poate conchide că ar fi vorba de o legătură cauzală. Și în timpul școlarității, una din cauzele principale ale acestor perturbări în ritmul de veghe-somn este, desigur, o culcare prea tardivă pentru o trezire necesar programată, culcare întârziată pentru vizionarea - uneori integrală - a programelor de televiziune, acest fapt având, mai ales, repercusiuni negative la copii ziși "mari somnoroși".

La copiii cu durată mai redusă a somnului s-au constatat, de asemenea, comportamente școlare pasive (ca, de exemplu, balansarea picioarelor), ca și comportamente considerate ca parazitând învățarea (se ridică, se deplasează, iar se așează).

Referitor la acest ultim punct, apar - într-adevăr - la analiza ritmurilor circadiene, importante diferențe interindividuale, fiind evident faptul că anumite bioritmuri sunt legate de profilul personalității (tabelul I).

PROBE PSIHOLOGICE
pentru determinarea ritmurilor psihologice circadiene
(după P. Leconte, 1988)

Probe de vigilență	Probe de memorizare	Probe de activități intelectuale complexe
(probe sensoromotrice, probe de baraj sau de supraveghere)	(tratare elaborată a informației)	(raționament logic, probleme aritmetice, silogisme etc.)

Luate în ansamblu, aceste rezultate permit să se conchidă:

- introvertiții au dimineața un mai mare grad de trezire decât extravertiții;
- la cele 2 tipuri psihologice, eficiența progresează de-a lungul zilei, dar, la sfârșitul zilei, eficiența extravertiților atinge un grad mai mare decât cea a introvertiților, chiar dacă aceștia din urmă se găsesc în cea mai bună formă a lor, adică dimineața (fig. 1 și 2).

Punerea în evidență a variațiilor periodice jurnaliere (hebdomadare) în activitatea psihologică a copilului permite a avea o serie de îndreptaruri, susceptibile să ușureze organizarea temporală, cât mai valabilă, a activității și a predării învățământului la școlari. În acest sens ar trebui luate în seamă și orarele școlare, fiind de subliniat:

- există ritmuri hebdomadare, prima și ultima zi a săptămânii de activitate fiind de cea mai mică receptivitate;

- şcolarii au o atenţie mai redusă în prima oră a dimineţii şi la începutul după-amiezii; ar fi de dorit deci să se pună în aceste perioade activităţi fizice, artistice, tehnice, şi nu activităţi intelectuale (Testu, 1979).

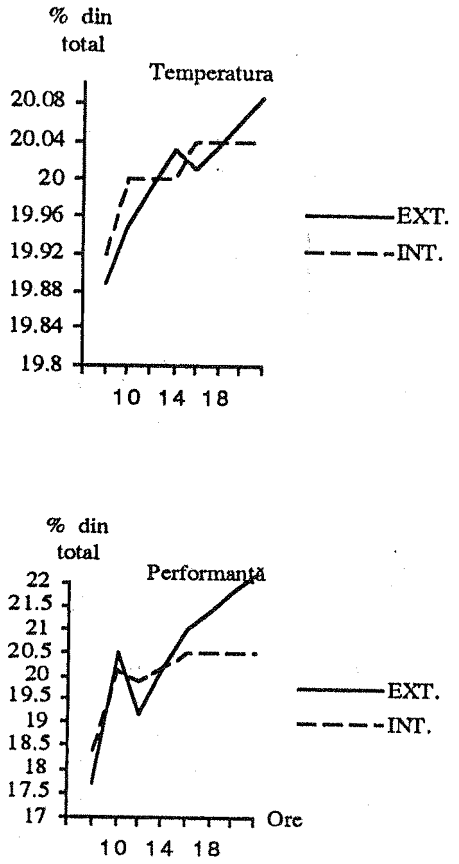


Fig. 1 - Evoluţia temperaturii (A) şi a performanţei la probă de baraj (B) la subiecţii introvertiţi (INT.) şi extrovertiţi (EXT.) *(după Blake, 1971)*

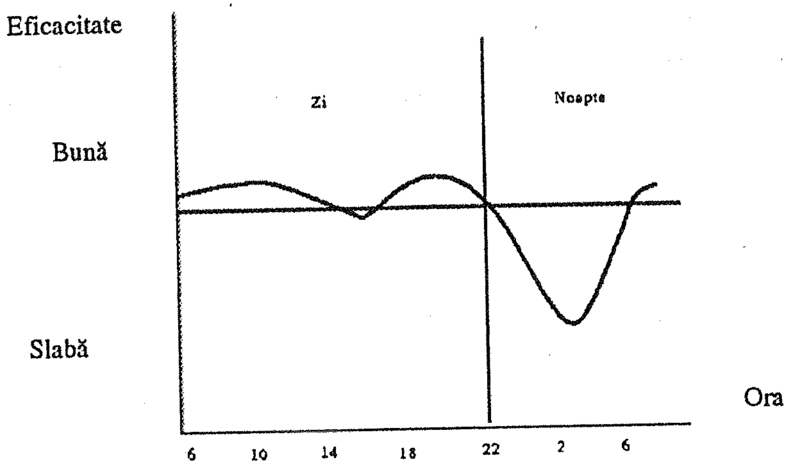


Fig. 2 - Evoluţia circadiană a capacităţii de a se apuca de lucru, măsurată prin eficacitatea ei *(după Blake, 1971)*

Aportul cronospihologiei la medicina muncii. Timpul de lucru, perioada de viaţă, dar şi sistemul de organizare impus muncitorului sau ales de el însuşi, constituie unul din domeniile de studiu al cronopsihologiei, în măsura în care aceasta din urmă integrează dimensiunea temporală în demersul său descriptiv şi explicativ. Repartiţia activităţii profesionale în perioade, permiţând de acoperirea celor 24 de ore ale unei zile, permite desigur scurtarea perioadei de amortizare a materialului şi a maşinilor, dar nu antrenează în mod necesar o creştere a rentabilităţii şi a productivităţii.

Într-adevăr, eficacitatea celui care lucrează variază în cursul zilei şi al muncii în ture şi dereglarea modului de viaţă se întovărăşeşte de efecte nocive asupra sănătăţii fizice, eficienţei şi a vieţii sociale a indivizilor.

Dacă este indispensabil ca odată cu vârsta omul să-şi restrângă activitatea, să se retragă din profesie, este nu mai puţin indispensabil ca această retragere să nu fie resimţită ca un sfârşit al vieţii; de unde,

importanţa măsurilor sociale (şi, bineînţeles, a opţiunilor personale), permiţând pensionarului să se consacre unor activităţi, care să-i permită să-şi păstreze cât mai mult posibil ritmicităţile psihologice.

Perspectiva informaţională

Perspectiva informaţională a fost adâncită, în patologie, pornind de la diferitele înţelesuri ale "informaţiei". Pe linia care a fost definită cantitatea de informaţie de către Shannon (şi entropia informaţională), s-a accentuat asupra "şocului" produs de surpriză, de noutate, de complexitatea stimulilor, ca şi asupra capacităţii limitate de transmitere a canalelor şi de decodificare şi prelucrare a instinctelor de recepţie.

A. Restian şi Popp au descris (1969) un sindrom de *agresiune informaţională* manifestat prin oboseală, anxietate, iritabilitate şi insomnie. De fapt, funcţionarea optimală a sistemului nervos cere o cantitate optimală de informaţie. Informaţia excesivă este anxiogenă, redundanţa excesivă (subsolicitarea) duce de asemenea la oboseală, dar cu depresiune psihică şi somnolenţă. Cantitatea optimală de informaţie ar putea fi numită *eundanţă* (Pamfil şi Ogodescu, 1974).

În lucrări recente, Restian a deosebit *semnalele* de *informaţia* pe care o poartă, referitoare la starea sursei emiţătoare. Procesul de descoperire şi evaluare a parametrilor sursei se face, în sistemul nervos, printr-o *superizare*, graţie unor circuite care emit un semnal de ordin superior atunci când se recepţionează o anume combinaţie de semnale de intrare. Reglajul cel mai eficace fiind cel anticipativ *(feed before)*, organismul dispune de prelucrări probabiliste ale conexiunilor dintre fenomene (logică polivalentă). O suprasolicitare informaţională face ca procesele de anticipare, de evaluare a informaţiilor şi de alegere a deciziilor să fie tulburate. Expresia biochimică la nivel central este concentraţia catecolaminelor. O anumită concentraţie este condiţia, dar şi efectul unei bune prelucrări informaţionale.

Perspectiva informaţională conectează patogenia bolilor psihice, psihosomatice, metabolice, infecţioase, imunitare, alergice, ca şi îmbătrânirea şi cancerul, într-un grup unitar. Aspectul informaţional (la baza reglajelor cibernetice) permite sistemelor biologice să prevină sau să corecteze tulburări determinate de influenţe substanţiale şi energetice, dar totodată le face dependente de eventuale influenţe negative ale unor cantităţi mici de substanţă şi energie (semnalele). În marea majoritate a bolilor *umane* sunt implicate tulburări ale informaţiei. Dar interesante sunt perturbările proceselor de superizare. Dacă ele sunt afectate la nivelul cel mai jos, individul nu va putea recunoaşte sursele semnalelor (agnozii). La niveluri mai ridicate, ele fac dificilă alegerea unei decizii (anxietate, nevroze). Formaţia reticulată lucrează cu semnale elementare; ea activează formaţiile superioare pentru prelucrarea semnalelor de ordin superior - însă o hiperactivitate a ei se poate repercuta asupra centrilor vegetativi şi organelor interne *(stress)*. Dacă semnalele mai puţin caracteristice sunt dirijate spre acelaşi semnal superior, vom recunoaşte aceleaşi stări în semnale diferite - ca în paranoia.

Filtrarea şi superizarea informaţiei din semnalele endogene are o mare importanţă în răsunetul psihologic al multor boli organice.

Astfel se prezintă modelul informaţional al lui V. Enătescu (1982). El distinge nivelurile: biofizic, biochimic, neuronal-sinaptic, circuite neuronale, reţele neuronale, noogen, al operaţiilor logice nereflectate, filtrul verbalizării şi al reprezentărilor figurative specific socializării şi nivelul gândirii logice reflectate. Nivelul neuronal sinaptic este abordat de fiziologie; nivelurile 4-5 sunt de domeniul predilect al neurociberneticii.

Perspectiva etologică

Etologia priveşte dintr-un nou punct de vedere lumea comportamentelor ereditare ("înnăscută"), lumea instinctelor. Pentru animalele superioare această lume este legată de câteva domenii de activitate, servind interesele individului şi ale speciei: procurarea hranei, evitarea

primejdiilor (mai ales a animalelor periculoase), cucerirea şi apărarea unui teritoriu, sexualitatea şi grija pentru progenitură, comunicarea intraspecifică, asocierile interindividuale, jocul, comportamentul social (cu stabilirea şi restabilirea unor ranguri de ierarhie), învăţarea (obişnuirea, dresajul), comportamentul "moral-analog". În câteva dintre domeniile menţionate se manifestă reacţii de fugă, agresivitate (Lorenz), ritualizare, dar şi de "tandreţe" (Eibl-Eibesfeldt). Resorturile organismice ale comportamentului sunt endogene (nervoase şi hormonale), dar "declanşarea" reacţiilor este determinată de stimuli exteriori specifici (sau specificizaţi prin experienţa individuală).

Transferul de observaţii zoo-etologice în psihologia şi clinica umană nu este lipsit de interes. Se caută "rădăcinile" zoologice ale unor fenomene normale (nu numai fiziologice, ci şi culturale), ca şi ale unor manifestări anormale. La animale, activarea unui domeniu funcţional exclude actualizarea altora; la om, aceste domenii se intersectează. În psihoze (Ploog), ierarhia consonanţelor situaţionale se destramă, unele elemente suferă o disoluţie, domină altele - şi "ies la suprafaţă" reacţii preformate, stereotipii motrice, reacţii primitive (în sens zoologic: de exemplu, comportamentul social uman este înlocuit cu comportamente de tip zoo-social). Frica, fuga, agresiunea fac parte dintre acestea. Neliniştea motorie, atât de evidentă în menajerii, seamănă cu agitaţiile unor bolnavi. Mecanismele de integrare şi cele inhibitorii sunt cele mai fragile. La oameni, ca şi la animale, se pot produce nevroze prin conflict între apetenţă şi aversiune, prin inadaptarea la "nou", prin limitarea libertăţii de mişcare, printr-un "vid" de preocupări de direcţionare. La primate, ca şi la om, dezvoltarea personalităţii este subminată prin separarea puiului de mamă, cu consecinţe asupra vieţii sexuale şi afective. Fazele de mare fragilitate sunt cele legate de restructurări hormonale (pubertate, sarcină, ablactare, climateriu). Lorenz, Zweig (1959) au descris *regresiuni* spre faze ontogenetice timpurii (de exemplu, spre fazele infantile de negativism, sau spre faza anală ori chiar spre cea orală) în situaţii nevrotizante şi chiar în urma unor traumatisme moral-analoage (de pildă, câinele care şi-a muşcat, din greşeală, stăpânul pe care-l iubeşte) sau în urma retragerii afecţiuniii (Zweig, 1959). S-a vorbit şi

despre o "ontogeneză" a ritualizării (Erikson, 1968). Obişnuinţa nu poate fi încălcată fără tulburări consecutive nici la animale - dând manifestări similare cu nevroza compulsivă (F. Rauh), cu actele magice sau superstiţioase (Thorpe, 1968), La om, formele nevrotice sunt favorizate de situaţia sa de animal "autodomesticit", de aglomerările de populaţie, de similitudinea între oraşele "moderne" şi parcurile zoologice (D. Morris), de lipsa unor canale de eliberare pozitivă a agresivităţii prin mişcare (la popoarele "primitive" există mai multe posibilităţi - prin jocuri, dans, cântec, competiţii sportive amicale etc.).

E. Fromm a arătat că "anatomia agresiunii" cuprinde nu numai o componentă zoologică, ci şi una specific umană. Deci, am spune că, alături de "bestialitate", există - din plin - şi "răutate".

Valorificări necesare

Elaborarea unei psihologii comprehensive a medicinii impune asimilarea critică şi valorificarea a tot ceea ce este pozitiv din materialul faptic şi teoretic cules cu cele mai variate ocazii (de la materialul ştiinţific până la cel literar) şi interpretat altădată de pe cele mai variate poziţii. În cele ce urmează, vom expune câteva din principiile care ne-au călăuzit în această valorificare critică.

Un postulat de bază este acela după care orice fenomen psihic poate fi influenţat prin mijlocirea creierului, cu mijloacele neadecvate, mai grosolane (producătoare de leziuni macroscopice) sau mai fine (de exemplu, farmacologice) ori cu mijloace adecvate de tip informaţional (cuvântul, de pildă). Deşi acordăm mare importanţă influenţelor "de jos în sus", de la metabolism la funcţie şi de la structură cerebrală la manifestare psihică (aşadar, influenţe somatopsihice), o bună parte dintre consideraţiile noastre se vor referi la psihogenie şi la sociogenie. Răsunetul somatic al condiţiilor economico-sociale este mediat, în parte, de către psihic, iar răsunetul psihic al bolilor somatice este influenţat de către ambianţa culturală*.

* Importanţa datelor de antropologie culturală pentru psihiatrie a fost cercetată, la noi, de către N. Cotreanţu.

Recunoaştem utilitatea (limitată, desigur) a unor analogii şi modele, cum ar fi modelul "stratificat" (oarecum geologic) al persoanei umane (care deosebeşte inconştient şi conştient etc.), modelul "edificiului" persoanei umane (oarecum arhitectural, deosebind etaje şi trepte), modelul cibernetic etc. Orice modelare este o simplificare şi o aproximare.

Vom vorbi (conştienţi de nerigurozităţile exprimării) despre interacţiunea psihozifizică sau psihosomatică, deşi ea sugerează o viziune dualistă (care nu este viziunea noastră - declarat şi consecvent monistă)*.

Suntem conştienţi de primejdia tentativelor de a forţa suprapuneri de termeni şi noţiuni din sectoare diferite, dar corespondente. (De exemplu, ni se pare inexact să admitem echivalenţa între "cortical", "psihic", "reflex-condiţionat", sau între "subconştient" şi "diencefalic".

Ni s-a părut necesar să operăm cu concepte, "explicaţii", interpretări – nu numai cauzele. Caracterul "inteligibil" ("verständlich") al relaţiilor intrapsihice sau psiho-comportamentale, caracterul finalist (motivat) al actelor de comportament, rolul esenţial pe care-l joacă simbolismul în cadrul vieţii psihice – nu pot fi trecute cu vederea. Lăsând pe seama filozofiei şi psihologiei precizarea semnificaţiilor acestor concepte şi analize, subliniem valoarea deosebită pe care o are interpretarea omenească, "hermeneutica" actelor şi atitudinilor (Deutung) pentru psihologia utilă medicinii. Dar – aşa cum am mai menţionat – explicarea cauzală (Erklärung) ne este necesară pentru dominarea şi profilaxia unor fenomene psihopatologice.

Ştiinţele (inclusiv psihopatologia! – K. Jaspers) sunt ştiinţe ale generalului (aşa cum a stabilit sau a decretat Aristotel). Medicina practică însă se ocupă de singular, de individual. Medicina ştiinţifică nu numai că nu poate ignora particularităţile individuale ale bolnavului, dar furnizează argumente în favoarea importanţei reale a diferenţelor individuale şi cele mai preţioase date pentru edificarea

* În esenţă, această interacţiune poate fi privită ca o interacţiune de la parte la întreg sau de la o parte (cu însemne subiective) la altă parte.

unei ştiinţe despre individ ("idiografică"). Aspectele strict individuale au uneori un interes considerabil în psihologia medicală. Biografia personală este o cale necesară pentru înţelegerea prezentului. Biografia personală - pentru un medico-psiholog – nu se reduce însă la succesiunea antecendentelor fiziologice şi patologice. S-a vorbit (Delay) despre "fişa biopatografică" şi despre "fişa psihosomatică".

Psihologia care ne este necesară pentru scopurile curente ale medicinii nu este (cum spuneam) psihologia funcţiilor psihice considerate impersonal, ci o psihologie a persoanei.

De la ideea utilităţii psihologiei pentru diagnostic se poate ajunge la prejudecata după care scopul cercetărilor de psihologie utilă medicinii trebuie să fie diagnosticul. Esenţialul este însă analiza, înţelegerea, explicaţia, susţinerea tratamentului - şi trebuie să veghem ca diagnosticul să nu devină un obstacol în calea înţelegerii. La baza investigaţiilor de psihologie medicală, de psihologie a medicinii şi de psihopatologie trebuie să stea dorinţa de a cunoaşte viaţa psihică reală, concretă, pornind de la conduită, de la expresia limbajului etc. şi nu de a pune etichete în spirit utilitarist îngust.

Dimensiunile psihologice ale omului bolnav (II)

Obiect şi persoană

Pentru situarea clară a problematicii persoanei, o însemnătate deosebită au avut-o lucrările filosofice şi psihologice ale lui W. Stern (dintre 1924–1926), autor care "a ajuns la filosofie prin psihologie, revenind la psihologie din filosofie" (N. Mărgineanu). Psihologia sa "personalistă" porneşte de la distincţia (şi chiar de la opoziţia) dintre *obiect* (lucru) şi *persoană*. Persoana este, la rândul ei, caracterizată plecând de la premise biologice. Această fundamentare biologică a viziunii "personaliste" este foarte interesantă pentru medicină. Ea l-a influenţat pe Th. Brugsh, promotor al unei variante valoroase a "medicinii persoanei" şi coautor al unui vast tratat de *biologie a persoanei*.

Viaţa e unitate în multiplicitate; spre deosebire însă de unitatea obiectelor, unitatea vieţii nu este derivată din părţi. Actele vieţii au o «finalitate», un caracter teleonomic (acest termen a înlocuit, relativ recent, cuvântul "teleologic"), în timp ce manifestările obiectelor se înţeleg mecanic prin simple explicaţii cauzale. Corespunzător, actele psihice au şi ele un caracter teleonomic, dar ele presupun o dispoziţie: dispoziţia de *conservare* şi cea de *dezvoltare* a persoanei. Memoria nu trebuie privită numai ca o aptitudine de înmagazinare a reprezentărilor, ci mai ales ca o aptitudine de conservare a experienţei trecute, cu scopul de a servi experienţa nouă. Acest proces – ca şi alte acte psihice – sunt numai parţial psihice, ele fiind în mare măsură şi fiziologice: psihicul şi fiziologicul sunt, de fapt, două aspecte organic contopite. Viaţa este întotdeauna viaţa unui individ, manifestarea unui

eu care "trăieşte fenomene, execută acte şi posedă dispoziţii", manifestarea unei *persoane* luată ca unitate psihofiziologică. Persoana umană este – după W. Stern: a) existenţă (unitate în multiplicitate); b) activitate (cauzalitate imanentă), care apare în forma unei finalităţi; c) specificitate (individualitate, originalitate).

Scopul "lucrurilor" este dat (impus) din afară, atribuit de persoana umană (care le întrebuinţează, le construieşte etc.) (heterotelie); persoana are un scop în ea însăşi (este autotelică). Totuşi, persoana nu urmăreşte numai scopuri proprii, privitoare adică la propria existenţă, ci şi scopuri *suprapersonale* (în legătură cu semenii săi) şi *abstracte* (idealuri). Persoana devine astfel un *sistem de scopuri*.

Persoana ca realitate este *activă* în raport cu mediul ambiant. În ce priveşte reacţiunile la excitaţiile de mediu, între cauză şi efect se interpune persoana (ca unitate "autotelică"), ceea ce face imposibilă echivalenţa de forţă dintre cauză şi efect. Ponderea importantă în producerea reacţiunii o are persoana (recte, tendinţele sale vitale) şi nu mediul. În afară de reacţiuni, persoana manifestă şi acte "spontane" (consecutive unei excitaţii interioare – acte *autocinetice*, după Vendryès). Orice manifestare a persoanei lasă urme – nu neapărat în mediu, dar în persoana însăşi: există excitaţii *mnemice* (de memorie) şi există *plasticitate*.

Psihologia personalistă priveşte conştiinţa ca pe un produs al unui "conflict" dintre persoană şi lume. Subiectul şi obiectul se oglindesc în conştiinţă întrucât oglindirea aceasta este premisa aplanării acestui conflict. Oglindirea este egocentrică şi tinde să fie de folos persoanei. Ea este, de obicei, *obiectivă*, în măsura în care obiectivitatea este utilă; de multe ori ea este puternic *subiectivă* tocmai pentru că numai în acest fel poate fi aplanat conflictul respectiv. De modul în care "imaginaţia poate pansa rănile făcute de realitate" (W. Stekel) s-a ocupat psihanaliza. Reflectarea subiectivă deformatoare caracterizează *autismul*.

Inconştientul în structura persoanei

Concepţiile moderne privind persoana umană sunt profund influenţate de către *psihologia inconştientului*. De fapt, problema

vieții inconștiente este o problemă modernă (am zice, contemporană). Secolul al XIX-lea a fost dominat de o psihologie simplistă, asociaționistă, a ideilor clare și distincte. Au trebuit decenii de propagare a noilor concepții pentru ca sensul cuvântului "inconștient" să înceteze de a mai fi un sens peiorativ, să se înțeleagă că faptele sufletești inconștiente nu sunt numai apanajul structurilor patologice (cum ar fi disocierea personalității sau somnambulismul).

În psihologia științifică, inconștientul este legat de mai multe categorii de fapte: obișnuință și automatisme psihologice, viață afectivă, funcționarea organelor propriului corp (inconștientul funcțional), procese de tipul imaginației creatoare sau al inspirației (inconștient dinamic).

Nu vom intra în expunerea teoriilor despre "natura" inconștientului; menționăm numai că în inconștient s-a văzut – cu un temei dicutabil – izvorul de energie al vieții mentale, "acumulatorul" elementelor sufletești (care asigură, prin aceasta, identitatea eu-lui și unitatea conștiinței), viața tendințelor instinctive animalice, tendințele motrice, "universalitatea" ce cuprinde întreaga natură (Ed. von. Hartmann) sau numai ancestralitatea umană (Freud, C. G. Jung).

O importanță heuristică deosebită pentru problemele *psihologice* utile medicinii o au concepțiile lui Pierre Janet și ale lui S. Freud, dezvoltate timp de decenii, aproximativ în aceeași perioadă de timp (în primele decenii ale secolului nostru).

P. Janet a încercat să schițeze o viziune evolutivă (filogenetică și istorică în sens restrâns) asupra vieții sufletești. Viața se transformă îmbogățindu-se, dar elementul vechi nu este eliminat, ci integrat și subordonat. Inconștientul funcțional și cel afectiv sunt "efecte ale experienței ancestrale" în timp ce automatismele sunt, în primul rând, efecte ale experienței individuale. Conștiința este expresia tendinței de progres a vieții sufletești, rolul ei fiind adaptarea la noutate și la contrast. Inconștientul este expresia tendințelor conservatoare, menite să repete acțiunile utile, ușoare, standardizate. Automatismele sunt "oarbe" și, de aceea, inconștientul are un caracter inactual și adesea dezadaptat, pentru care motiv este și reprimat. Specificul activității inconștiente ar fi impulsivitatea. Conștientul este o funcție *recentă* și,

din acest motiv, este mai fragil. Oboseala, alcoolul, unele boli etc. deprimă tensiunea psihică și face să scadă activitățile ei unificatoare. Pentru P. Janet, conștiința este o sinteză activă a elementelor psihice într-o individualitate, iar "tensiunea" este ceea ce asigură eficiența forței psihice.

Slăbirea activității unificatoare duce la *emanciparea* unora dintre elementele psihice, de asemenea la insuficiența funcțiilor critice și a celor care presupun acțiuni noi (începutul și sfârșitul unei acțiuni etc.). *Căderea aceasta de nivel* explică – după Janet – nevrozele și unele psihoze: de exemplu, isteria alterează toate achizițiile superioare (ulterioare) "fazei pitiatice" (apărând – sau apărând din nou – sugestibilitatea atât de caracteristică).

Pentru S. Freud și pentru psihanaliză, conștiința exercită o severă *cenzură* asupra tendințelor fundamentale ale individului. Aceste *pulsiuni* de bază sunt instinctuale; în primele lucrări ale acestuia, accentul a fost pus pe tendința la plăcere, la gratificație, identificată cu *libido sexualis* până la viziunea unui *"pansexualism"*. Sexualitatea, la început *difuză*, nu trebuie confundată cu *genitalitatea*, care este localizată anatomic; genitalitatea ar fi numai faza matură a *libido*-ului. Ulterior, Freud a speculat asupra a două pulsiuni fundamentale: instinctul vieții *(libido)* și instinctul morții*.

Instanțele conștientului pot exercita o inhibiție (reprimare, refulare) asupra tendințelor bazale. Ceea ce nu ajunge în conștient este "oprit" în preconștient sau în inconștientul propriu-zis. Pe scurt, "aparatul mintal" poate fi sistematizat în modul următor (Freud, 1923): de o parte se găsesc forțele instinctuale înnăscute *(Id, Es, le ça, Sinele)*, iar de altă parte (și în opoziție cu ele), o instanță care încorporează atitudinile sociale determinate de parametrii culturali *(super-ego, le sur-moi, supraeul)*. Între ele se situează *ego*-ul *(Ich, le moi,* – altceva decât "eul" psihologiei clasice), produs al dezvoltării *ontogenetice*, care are rolul de a realiza comportamentul adecvat coordonând tendințele instinctuale în raport cu posibilitățile lor de

* Pentru A. Adler (1908) ș.a. tendințele fundamentale sunt cele relative la "instinctul eului" *(Ichtrieb)*, de afirmare și de realizare. Pentru C. G. Jung, *libido* este pur și simplu energia vitală.

satisfacere. Primele ascultă de un principiu de plăcere şi de durere, cerând gratificaţie imediată (frustarea generează tensiuni). *Ego*-ul ascultă de *principiul realităţii:* el caută şi găseşte posibilităţile de satisfacere cu riscuri cât mai puţine şi fără urmări grave. *Ego*-ul are o funcţie homeostatică şi o funcţie de compromis. Comportarea "raţională" coordonată include un oarecare conflict între *ego*- şi *id* (o astfel de viziune a vieţii psihice, nu numai ca o desfăşurare ci şi ca un conflict de forţe, justifică termenul de *psihologia dinamică.*) Conflictul *primejdios* este sesizat ca anxietate. Faţă de perturbaţiile cu originea în inconştient şi faţă de conflictele primejdioase, *ego*-ul elaborează procese de apărare (descrise mai ales de Anna Freud) – dintre care cele mai însemnate sunt următoarele:

1. *Represia* (refularea, reprimarea), care este excluderea din conştiinţă a tendinţei ce nu poate fi armonizată cu exigenţele durabile ale vieţii sociale sau cu standardele morale. Menţinerea "sub presiune" a unor tendinţe puternice consumă însă energie psihică (sau nervoasă).

2. *Sublimarea,* care constă în dirijarea energiei pe canalul unei tendinţe apropiate (înrudite, similare, analoge sau *simbolic* apropiate), cu aspect socialmente util (de exemplu, energia instinctuală sexuală poate "alimenta" puterea de creaţie – de unde "funcţia" socialmente utilă a ascezei).

3. *Proiecţia,* care constă în a atribui altora tendinţa noastră pe care nu *o* mărturisim şi nu *ne*-o mărturisim (de exemplu, în locul tendinţelor agresive apare impresia că suntem persecutaţi; în locul intenţiilor erotice neconvenabile apare credinţa insistenţelor sau aluziilor erotice din partea celui vizat). Proiecţia joacă un rol important în cortejul de simptome psihice *reactive* la starea de boală.

4. *Supracompensarea,* adică substituirea afectului printr-unul opus –, de exemplu, substituirea urii prin dragoste. Mecanismul are la bază *ambivalenţa afectivă* (fiecare afect este însoţit de o umbră a celui opus), principiu care (după psihanaliză) este general şi perfect normal.

5. *Conversiunea,* adică "transformarea" într-un simptom morbid, care poate fi descifrat (ca şi în cazul sublimărilor) dacă îi căutăm semnificaţia simbolică. Paralizia (isterică) a unui braţ poate fi o

"autopedepsire" pentru o intenţie neacceptată de conştiinţă. Ceea ce atestă caracterul "psihic" al acestor simptome este faptul că ele nu sunt în acord cu semiologia *neurofiziologică* (teritoriile afectate nu corespund ariei de distribuţie a unui nerv etc.).

6. *Substituţia* (de act, tendinţă) şi

7. *Deplasarea* (tendinţei) spre altă persoană.

Pentru Freud, *libido* este un instinct al eului, ţintind la conservarea individului, dar şi un instinct al sexului. Cel dintâi obiect al "dragostei" fiind propria persoană, s-a vorbit despre un *libido*-autocentrat, *narcisistic,* care cu greu ar putea fi deosebit de instinctul de autoconservare. Unii autori deosebesc trei orientări ale pulsiunii sexuale, *întotdeauna* prezente: autosexualitatea, heterosexualitatea (orientarea spre sexul opus) şi homosexualitatea (orientarea spre persoane de acelaşi sex). *Libido*-ul cu investiţie "erotică" este o forţă unitivă şi ar corespunde anabolismului. În realitate, narcisismul pare a fi mult mai mult decât instinct de conservare şi decât autosexualitatea; "dragostea de sine" are relaţii cu egoismul (aşezarea propriilor interese mai presus de interesele altora), cu egotismul (situarea propriei persoane în centrul atenţiei proprii) şi cu egocentrismul (raportarea tuturor evenimentelor la propria persoană), dar nu se confundă cu ele*. Sexualitatea nu se reduce la genitalitate, erotica (în care există o investiţie psihică pentru *specificitatea persoanei)* nu se reduce la sexualitate, după cum dragostea (care poate fi orientată şi spre altceva decât spre o persoană, incluzând atunci altruism) nu se reduce la erotică.

Copilăria este dominată de insecuritate; copilul este dependent; el primeşte; de aceea – susţin psihanaliştii – este narcisistic şi egocentric.

Adultul îşi poate purta singur de grijă; dezvoltarea sa a atins limitele impuse de individualitate; de aici renunţarea la egocentrism şi

* Se poate adăuga şi *egofilia*, "simpatia" pentru sine. Predominenţa *propriilor interese* este – repetăm – altceva decât aşezarea în propria persoană, a principalului centru de interes intelectual (sau afectiv). Unii bolnavi sunt obligaţi (de dureri în propriul corp, de exemplu) să-şi îndrepte mereu atenţia către ei înşişi, fără a avea nici un fel de simpatie pentru persoana lor bolnavă.

tendinţa la propagare, procreare, creaţie; *altruismul* poate fi considerat ca semn al maturităţii emoţionale. Situaţiile dificile riscă să aducă, odată cu sentimentul de insecuritate, şi o regresiune emoţională, eventual spre infantilism şi spre egocentrism*. O situaţie dificilă este tocmai boala.

Modele ale persoanei umane

Concepţia asupra persoanei umane ca fiind alcătuită din inconştient, subconştient şi conştient este esenţa teoriei "metapsihologice" a lui S. Freud. O argumentaţie peste care nu se poate trece uşor pledează în favoarea ideii după care "volumul" inconştientului depăşeşte cu mult "volumul" conştientului. Inconştientul dinamitează conştinentul; *id*-ul "poartă" *ego*-ul ("ca un cal pe un călăreţ", spune Freud); uneori inconştientul *deformează* viaţa conştientă, îi restrânge libertatea (prin mijlocirea "complexelor"). Inconştientul *pătrunde* în viaţa conştientă sau semiconştientă, de exemplu în vis. El poate "bruia" viaţa conştientă – ca în lapsusuri semnificative (Freud a scris despre *psihopatologia vieţii cotidiene);* poate *irupe* sub formă morbidă, în viaţa conştientă, dând nevroze. Cum "cauzele" profunde (abisale) ale actelor noastre se găsesc "sub" stratul conştiinţei, avem impresia de liber-arbitru (sau chiar de arbitrar) în stratul conştiinţei. Caracteristică pentru viziunea freudiană a inconştientului este existenţa unui "determinism intrapsihic". Factorul de ordonare este *ego*-ul care reprezintă o instanţă ce poate fi dezechilibrată atât prin cauze psihice (traume afective), cât şi prin epuizarea nervoasă sau prin atingeri somatogene (de ex. boli infecţioase).

C. G. Jung (un "dizident" al lui Freud) vorbeşte despre un elan vital, care se poate îndrepta spre *eu* (introversiune) sau înspre realitatea exterioară (extraversiune). Dezechilibrul între aceste două *curente* poate provoca nevroza (pe de o parte – psihastenia sau/şi

* Regresiunea se poate face şi spre "viziunea magică" şi mitică a copilăriei, ca şi spre starea de fuziune mai strânsă somatopsihică de la acea vârstă.

schizofrenia; pe de altă parte – isteria). Dar C. G. Jung ţine seama nu numai de tendinţele individuale, ci şi de *inconştientul colectiv şi ancestral* (supraconştient). Acest inconştient ar fi cel care se manifestă în simboluri universale şi în arhetipuri – de care este plină mitologia şi despre care ne vorbeşte folclorul.

Mai recent, L. Szondi a scris despre *inconştientul familial.*

*

În medicină (în medicina "omului total", în *medicina antropologică)* ne sunt necesare, simultan, cel puţin *trei* perspective asupra omului (care pot fi considerate şi ca trei "straturi" sau ca trei etape evolutive) - *homo reagens, homo naturalis* şi *homo spiritualis* (K. Jaspers):

a) imaginea lui *homo reagens* ţine de lumea senzorial-spaţială. Omul este un animal reactiv. El poate fi studiat cu metode experimental-neuro-fiziologice, cu metoda reflexelor condiţionate, şi cu alte metode (etologice şi fiziopsihologice);

b) imaginea lui *homo naturalis* ţine de lumea cultural-sufletească; în această lume este loc pentru subiectivitate; abordarea se poate face psihologic-intelectiv. Acest "om" poate fi studiat, de exemplu, cu metode psihanalitice;

c) imaginea lui *homo spiritualis* ţine de lumea "valorilor" şi a aspiraţiilor. Specificul uman este căutat dincolo de viaţa organică şi de manifestările sale aparente, în "existenţa" autentică *(ex-sistenţă)* sau chiar în legăturile sale cu transcendenţa.

*

În 1978, Tiberiu şi Cristian Vlad au propus, pentru uzul mai ales al psihiatriei, o "stratificare" a persoanei care ia în considerare:

a) un nivel neuropsihic elementar;

b) un nivel energetico-pulsional;

c) un nivel de elaborare conştientă.

Acestea sunt "niveluri de activitate prezente în orice reacţie comportamentală". Pentru înţelegerea comportamentului uman, acest

concept tridimensional se înscrie cu succes alături de cel triontic al lui Ed. Pamfil și D. Ogodescu (eu-tu-el), de cel după care omul este o "ființă bio-psiho-socială" (P. Brânzei) și de cel relevat de cibernetică: "substanță, energie, informație". În timp ce conceptul propus de P. Brânzei abordează psihicul pe calea interrelațiilor extrinseci, interdisciplinare, ecuația tridimensională folosită de T. și Cr. Vlad se referă la "calea relațiilor intrinseci": modelul Pamfil-Ogodescu subliniază aspectul comunicațional, iar triada "substanță-energie-informație" are o aplicație metodologică mai largă biologică. Preluând această triadă, V. Enătescu (1982) a deosebit 9 niveluri informaționale ale psihicului (vom reveni).

H. Binder a propus (1964) un *concept sintetic* despre persoana umană, pe care-l transcriem și noi.

"Stratificarea" *persoanei psihice* este privită (în evoluție ontogenetică) după cum urmează (după un model de "scară"):

1. *Treapta vital-psihică* (sau psihovitală) este dominată de instincte (pulsiuni) de îndestulare a vieții *ca atare*, de apărare a vieții, de contact simbiotic cu alte *viețuitoare* (nu cu alte *persoane);* la începutul ontogenezei "viața" este în cea mai mare măsură preindividuală (neindividuală).

2. *Treapta pulsională (instinctivă) individuală* "organizează" un "eu instinctiv", care urmărește conservarea și homeostazia condițiilor vitale. Tendințele sunt legate de apetit, de plăcere, de durere; ele se manifestă în acte de alimentare, apărare, atac etc. Procesele psihice au un caracter mai mult pasiv *(patic:* "mi se întâmplă").

Treptele 1–2 alcătuiesc persoana *biologică sau naturală.*

3. *Treapta spirituală* apare clar la copil, începând din anul al 3-lea al vieții. "Spiritualul", în accepția lui H. Binder, nu este "limitat la conștient, nici opus sufletescului" (ca în concepția lui L. Klages). Spiritualul este caracterizat prin contrastul cu pulsionalul, fiind și ireductibil la acesta. "Spiritualul" individual comunică larg cu *culturalul* pe plan social. Pulsiunea caută încheierea (lichidarea) unei stări de tensiuni și este orientată spre individ sau spre obiectul exterior utilizabil. În schimb, "spiritualitatea" este orientată spre supraindividual și spre lume, spre o lume apreciată pentru valoarea ei intrinsecă (și nu pentru valoarea ei utilitară); pentru "spiritualitate" este caracteristică o căutare infinită și *dăruirea* de sine.

În terminologia lui Binder, păturile 2+3 ale eului pot fi reunite într-o *zonă orectică;* împreună cu pătura vital-preindividuală (deci 1+2+3), alcătuiesc păturile *endotime.*

4. Începând din anul al 4-lea, se adaugă o suprastructură *conștientă* (respectiv discursivă). O putem caracteriza prin despicarea lumii în obiect-subiect, prin reflexiune, prin capacitate de distanțare a eului față de "eul actual", prin spontaneitate și inițiativă, prin gândire analitică. De obicei, această pătură se pune "în slujba" spiritualității (în înțelesul precizat anterior).

Terminologia lui Binder este numai în parte originală, iar stratificarea propusă este și ea în parte inspirată din alte "modele" psihice. Persoană *profundă* și persoană *corticală* – spunea Fr. Kraus; *endotim* și *noetic* – spunea Ph. Lersch; *paleo-* și *neopsyché* - spunea Kleist (pentru ca, împreună cu Thiele, să vorbească despre *somato-thymo-psyché,* și *poiopsyché).*

Pentru Rothacker (1937), pătura adâncă *(Es-Schicht)* cuprinde trei etaje (viața, animalul, emoția) și corespunde lumii de semnale, *Merkwelt*-ului; gândirea și conștiința corespund lumii acțiunii, *Wirkwelt*-ului. Se schițează unele corespondențe probabile cu instanțele neurofiziologice, cu zonele cerebrale. Păturile endotime sunt – se pare – expresia activității trunchiului cerebral și a diencefalului, în timp ce pătura "spirituală" are relații cu scoarța bazală a lobilor frontal și temporal, iar pătura discursiv-conștientă, cu scoarța frontală. "Nucleul intim" al Eu-lui psihic ar avea corelații strânse cu planșeul ventriculului al treilea.

Considerațiile precedente se referă la date empirice (facticitate; "eul" *empiric,* persoana *empirică).* Antropologia filosofică se axează pe mănunchiul de potențialități (facultivitate; *virtualități)* specific umane și excepția *antropologică* a persoanei este esențială în problematica *atitudinii* față de viață (generatoare de sănătate, boală și moarte) și față de boală.

Dacă vorbim aici despre "spiritualitate", este pentru că noţiunea de "psihic" nu este suficientă pentru a desemna, fără echivoc, unele tendinţe şi aspecte caracteristice ale vieţii sufleteşti. Adoptăm, astfel, un punct de vedere cel puţin trialist, fără a accepta întru totul înţelesurile din filosofia germană a ultimelor decenii. N. Hartmann deosebea "păturile": material, organic, psihic *(seelisch)* şi spiritual *(geistig)*; dacă sufletul ar fi "subiectivitate, raportare la mine", – spiritualul înseamnă orientare spre valori *obiectiv* recunoscute (social? supraindividual?), sau obiectivabile. M. Scheler a desemnat prin *spirit*, o instanţă interioară care inhibă, renunţă, refuză, neagă –, iar L. Klages a văzut în spirit gândirea raţională "tehnicizantă", o "parte" din noi care contrazice nu numai viaţa, ci şi sufletul. V. Frankl a legat spiritualul de viaţa axiologică, deci de lumea valorilor sociale, etice, estetice, religioase etc. şi de capacitatea omului de a se putea distanţa de sine însuşi, luând atitudine faţă de propriile trăiri. Pentru P. Moor, spiritualul se leagă de sens *(Sinn)*, iar după Jaspers, el se exprimă prin *luare de poziţie* şi prin *aspiraţie*. "Persoana", la N. Hartmann se caracterizează prin prevedere, proiectare (în viitor), simţ de valorizare şi libertate, iar libertatea este definită – şi la acest gânditor – ca o *capacitate de a lua atitudine*. Sensul în care vom folosi de preferinţă, în lucrarea noastră, termenul de "spiritualitate" este apropiat de cel pe care-l dau V. Frankl şi H. Binder. După V. Frankl, omul "cu suflet" rămâne încă un *homunculus*, dacă nu are şi *spirit*. Folosind o analogie geometrică, Frankl ia în cosideraţie *planul* "facticităţii psihofizice-organismice", dar *spaţiul* "existenţei spirituale" este multidimensional. A ne ridica deasupra acestui plan înseamnă, la drept vorbind, a "ex-sista"; căci omul nu este numai *faptic;* el este – în mare măsură – *facultativ*. Dacă, relativ la planul faptic, putem vorbi despre un *paralelism psihologic*, relativ la existenţa spirituală este necesar să vorbim despre un antagonism *psihonoetic*. Omul are capacitatea de a-şi privi critic lumile sale - organică şi psihică, de a se opune chiar tendinţelor sau servituţilor care pornesc din aceste lumi*. "Spaţiul

* Lumea "noetică" este, uneori, lumea lui *cu toate că*, lumea lui ei *şi?*, lumea paradoxului.

spiritual" cuprinde libertatea şi spiritualitatea. Când judecăm bolnavul *cu adevărat om* (care este *homo humanus)*, ceea ce are importanţă nu este numai starea sa de boală, ci şi *atitudinea* faţă de aceasta. Dacă psihologia lui *homo naturans* este o psihologie a adâncurilor (abisală), psihologia lui *homo humanus* sau *homo spiritualis* este o psihologie a altitudinilor (a înălţimilor). Viaţa în spaţiul existenţei spirituale este viaţa sub semnul *sensurilor*.

În medicina generală, antropologia "existenţialului" tinde să impună noţiunea de *istoricitate* (nu ne interesează numai suma antecedentelor personale, ci şi modul în care experienţa de viaţă a fost prelucrată creator şi a dus, eventual, la metamorfozarea persoanei). Antropologia de această inspiraţie consideră că imaginea curent-ştiinţifică despre om *(homo reagens, homo naturalis)* este incompletă; limitându-ne la ceea ce este obiectiv sau obiectivabil, riscăm să vedem, în bolnav, numai un obiect. Ceea ce este *neobiectivabil* poate fi de primă importanţă: aspiraţiile şi idealurile; luarea de poziţie (a persoanei bolnavului) în "situaţia" sa (care este câteodată o situaţie – limită), *unică* şi prin unicitatea persoanei (această luare de poziţie poate însemna *decizie);* istoricitatea; comunicarea cu un "tu personal"*. S-a delimitat sfera *nevrozelor existenţiale* – acelea în care este împiedicată realizarea unor potenţialităţi intime ale nucleului persoanei.

Autenticitatea

Discutând problemele persoanei la *acest nivel*, se pune – desigur – şi problema *autenticităţi*. În semnificaţia sa cea mai comună, autenticitatea echivalează cu "a fi tu însuţi". Ce sens poate avea acest "fii tu însuţi", pe care Goethe îl considera ca un percept moral de bază şi pe care Kretschmer îl privea ca pe ideea călăuzitoare a oricărei psihoterapii fine?

* Pentru E. Minkowski, punctul de vedere antropologic este, în esenţă, cel care pune accentul pe comunicarea interpersonală (psihologie "la persoana a 2-a").

În medicina contemporană, vastul capitol al nevrozelor este adesea privit ca manifestând o criză a autenticităţii omeneşti; nevrozele ar fi exteriorizări ale neautenticităţii. În nevroză, absenţa identităţii cu sine însuşi se manifestă ca boală, dar de manieră neautentică pe care o poartă cu sine: dramă a interiorităţii (St. Bălănescu). Incapabil de a-şi făuri o adevărată identitate, în goană după o identitate imaginară, pe care nu o poate dobândi, nevroticul este în conflict cu sine însuşi şi cu cei din jur. Semnificaţia antropologică a nevrozei este (după acest autor) legată de "posibilitatea omului de a se afla într-o situaţie duplicitară". Este evidentă, aici, *extinderea* asupra întregii lumi a nevrozelor, a unor caracteristici ale isteriei. Încă Charcot numea isteria "marea simulatoare". Simulaţia, reaua-credinţă, minciuna, histrionismul, şarlatania se *învecinează*, pe plan conştient sau inconştient, cu isteria. Desigur, nu atacăm aici capitole speciale de neuropsihiatrie – dar *nevrozele* nu se repercută numai *direct* asupra funcţionării organelor, ci influenţează orice interacţiune medic-pacient, ca şi atitudinea bolnavului faţă de propria boală. Este primul motiv pentru care problema ne reţine atenţia.

Al doilea motiv ţine de semnificaţia general antropologică a isteriei. Comportamentul nostru este prescris, în cea mai mare parte, de programe sociale. "Enculturaţia" este o însuşire (o învăţare) de programe. Tot atât de bine s-ar putea spune că "jucăm" nişte "roluri". După Guilford, persoana este actor (ansamblu de însuşiri), mască (aparenţă), rol şi performanţă.

Se pune deci întrebarea în ce măsură bolnavul este "liber să fie autentic". Unii psihiatri vorbesc şi azi despre "boli ale trupului care stânjenesc sufletul". Iar V. Frankl consideră (ceea ce e discutabil) că partea "spirituală" a persoanei rămâne nealterată *chiar în psihoze*. În orice caz este necesar întotdeauna să explorăm *gradul de libertate* rămas în bolnav.

Persoana ca sistem deschis

Punctul de vedere *pozitivist* vede în persoană o fiinţă *reactivă*, mai mult decât una activă (de unde utilizarea a numeroşi termeni cu prefixul *re-* : reflex, reacţie, retenţie, răspuns). Acest punct de vedere este influenţat de fizicalism sau naturalism; viziunea este fragmentară, în fond "impersonală". Pentru psihanalişti, omul este un reactor cvasimecanic dominat de trei forţe tiranice: *id, mediu, super ego*. Dar omul este şi intenţie (de unde necesitatea termenilor cu prefixul *pro-* : program, promisiune, proacţiune, proiect). Punctul de vedere *personalist* (W. Stern, E. Brightman, A. Bertocci, M. B. Arnold, C. Murphy) pune pe primul plan noţiunile de funcţie, adaptare, uz. Accentul se pune mai puţin pe "a fi" decât pe "a deveni". Perspectiva este motivaţională. În afară de adaptare, omul urmăreşte şi *auto-actualizarea* (Goldstein). El nu este o creatură riguros homeostatică, ci şi un om mânat de "dezechilibre" şi de nelinişti creatoare. *Perspectiva biologică* este, de fapt, aceea care vede în persoană structuri adaptive de diferite niveluri, *mediul* ambiant fiind o sursă de gratificare, dar şi de primejdii. Însă omul poate "comite" şi poate risca în numele unui ideal. În perspectivă, omul "se află în lume" ca o fiinţă neliniştită, eventual alienată, în criză - în raport cu datele fundamentale ale morţii, sensului şi culpabilităţii (Kierkegaard, Heidegger, Jaspers, Sartre, Berdiaev, Marcel, Binswanger, Tillich). În filosofia existenţialistă se poate vorbi despre "curajul de a fi", despre *alegere*, despre *responsabilitatea* implicată chiar în decizia de a actualiza unele sau altele dintre potenţialităţi (Frankl). Nu *exprimarea de sine* (sau *self*-actualizarea) devine suprema caracteristică umană, ci *depăşirea de sine* (sau *self*-transcendenţa) în numele unui ideal. Omul este stăpânit de "dorinţa de sens" poate în mai mare măsură decât de "dorinţa de putere" (despre care scria Nietzsche). Lupta pentru existenţă, pentru adaptare, pentru afirmare – se subordonează acestui principiu. Omul este *liber* – sau, mai bine zis, parcurge (în procesul său de dezvoltare) în mod ascendent *trepte* de libertate. *Orice terapie adecvată tinde să-i crească libertatea de decizie.* Este interesant de menţionat că în psihologia indiană se definesc patru stadii evolutive, coincizând până la un punct

cu etape ale vieţii: ele sunt dominate de dorinţa de plăcere, de cea de succes, de tendinţa la îndoială şi libertate, în sfârşit de dorinţa de "înţelegere", de "prindere" a sensurilor.

După Allport, personalitatea nu este numai structură, ci şi lipsă de structură; este funcţionare, dar şi malfuncţionare – manifestă grade diferite de ordine şi dezordine. Însă, *în orice caz*, este un complex de elemente în interacţiune mutuală - ceea ce defineşte un sistem.

Ca *sistem deschis*, personalitatea are:

1. Intrări (*input*-uri) şi ieşiri (*output*-uri). Acesta este aspectul subliniat de teoriile fiziologice şi de teoria stimul-răspuns.

2. Stări staţionare (*steady states*): energia influenţelor externe nu distruge forma şi ordinea internă. Acesta este aspectul subliniat de teoriile care pun accentul pe nevoi. Asemenea teorii scot în evidenţă stabilitatea mai curând decât "creşterea" (dezvoltarea); reducerea nesiguranţei mai curând decât capacitatea de creaţie; aspectul *a fi* mai curând decât aspectul *a deveni*. În aceste stări, abordarea este de tip biologic.

3. O creştere a ordinei în timp, o creştere a complexităţii şi diferenţierii, eventual în ciuda echilibrului. Aspectul este evidenţiat de teoriile dinamice, care au în obiectiv auto-actualizarea (K. Goldstein, Maslow), autonomia funcţională şi evoluţia motivelor (Allport), primatul comportamentului (Woodworth). Scopul activităţii s-ar afla – nu în *scăderea* tensiunilor, ci în *recentrarea* lor.

4. O interacţiune intensă cu mediul, de tip "tranzacţional" (aşadar, există sisteme inter- şi suprapersonale).

Psihologia persoanei trebuie să fie totodată *nomotetică* (folosind elemente şi explicaţii cauzale, legi cuprinzătoare sau universale – ca în ştiinţele naturii) şi *idiografică* (folosind concepte şi metode ale ştiinţelor mental-culturale, aplicabile faptelor individuale – în special "înţelegerea" şi cercetarea structurii)*. Individualitatea sistemului *persoană* nu este un "reziduu" ireductibil de legi generale; persoana există ca unic sistem "idiomatic" şi care este o structură legică *în* şi *pentru sine*. S. Rosenzweig (1951) a propus termenul de *idiodinamică*

* Termenii au fost folosiţi de W. Windelband (1904).

pentru dinamică proprie unui individ. În timp ce psihologia generală cunoaşte norme universale, iar ştiinţele socio-culturale folosesc norme de grup, psihologia persoanei ţine seama de normele personale (idiosincratice) (Kluckhohn). *Psihologia "clinică"*, ce are de-a face cu indivizi (cu fiecare în parte), are desigur o poziţie idiografică - ca şi medicina persoanei de altfel.

Dar această problemă merită o dezvoltare aparte.

*

O realitate asupra căreia este necesar să insistăm este următoarea: în multe cazuri, reacţia "personalităţii" *domină* mecanismele fiziologice elementare, influenţa directă (nemijlocită) putând fi anulată de o reacţie indirectă, mijlocită, de sens contrar. În *Psihologia individuală*, Alfred Adler a analizat, pornind de la experienţa sa de oftalmolog consultant, situaţia de *supracompensare* a defectelor fizice prin tensiune psihologică sau prin exerciţiu (fundamentat pe dorinţa de a învinge complexele de inferioritate). Astfel, bolnavii cu mici defecte ale aparatului vizual pot vedea mai bine decât oamenii normali; Demostene a devenit un mare orator *pentru că* a fost bâlbâit. Unele cercetări de psihofiziologia muncii duc la concluzii similare. Astfel, în cercetări privind randamentul muncii în echipă la diferite grade de iluminare a atelierului, s-au constatat rezultate suprinzătoare: randamentul putea creşte (în loc să scadă) slăbind iluminarea până în zone nefiziologice, deoarece muncitorii se simţeau studiaţi, "li se dădea importanţă".

Individualitate şi individualizare

Un postulat al psihologiei medicale (sau al medicinii psihologice) este importanţa *individualităţii şi a individualizării*. Dictonul "nu există boli, ci bolnavi" ar trebui formulat, mai corect, în modul următor: nu există boli în afara bolnavilor (cu particularităţile lor individuale) care suferă purtându-le; hotărâtoare pentru succesul

terapeutic este, uneori, combaterea bolii, alteori modificarea particularităţilor (reactive) individuale. Din punctul de vedere al psihologiei medicale, aceste particularităţi reactive nu sunt numai *somatice (organismice)*, ci sunt şi *ale persoanei.*

Cum se constituie acest specific individual? Desigur – ca în orice problemă biologică - avem de luat în considerare factori ereditari ("genetici") şi factori de mediu ambiant (environmentali). Ca în orice problemă antropologică, prin mediu trebuie să înţelegem mediul fizic, mediul *biotic* (alcătuit din animalele, plantele, bacteriile, virusurile cu care interacţionăm) şi mediul cultural-social. Fiecare dintre factorii de mediu are o influenţă dinamică şi dinamizatoare, în funcţie de receptivitatea individului, de "labilitatea" perioadei de dezvoltare, de evoluţia sau de involuţia în care se găseşte. În etiologia *unor* cazuri de nevroză joacă un rol mult mai important traumele copilăriei decât cele ale vârstei adulte. Factorii de mediu intervin, de cele mai multe ori, prin mijlocirea unei *experienţe* de viaţă. Se poate spune, în general, că importanţa relativă a factorilor experienţiali (faţă de cei înnăscuţi, congenitali, ereditari) în determinarea unei reacţii somatice sau de comportament este cu atât mai mare cu cât animalul este situat pe o treaptă mai evoluată a filogenezei. La om, factorul experienţial este esenţial în formarea personalităţii*. Având "sfere încrucişate" cu factorul ereditar şi cu factorii de mediu, *factorul boală* constituie – în multe cazuri – unul dintre determinanţii însemnaţi ai personalităţii.

În legătură cu această problemă, vom spune câteva cuvinte despre vechea noţiune a *terenului individual.*

Terenul individual

Noţiunea de "teren" are o însemnătate atât de mare în medicină, încât C.I. Parhon a preconizat (1948) constituirea unei *ştiinţe a terenului (edafologia)* ca bază a patologiei generale. În cursul vremurilor, cuvântul "teren" a avut cel puţin cinci accepţii principale:

* *Reflexele condiţionate* şi *imunitatea dobândită* sunt două mecanisme de "individualizare" prin factori experienţiali.

1. O *accepţie vagă, metaforică*: prin calitatea sa, "terenul" pe care cad seminţele permite unora dintre ele să încolţească ("teren propice"), iar altora nu (teren "sterp"). Bineînţeles că ceea ce poate creşte pe un teren poate fi şi o buruiană, nu numai o plantă utilă sau o floare.

2. O *accepţie legată de aspectul etiologic.* Bolile endogene sunt expresia unui "teren morbid". În bolile contagioase (microbiene, parazitare, virotice), "terenul" este considerat ca o cauză ajutătoare (Pasteur îl interpretase, iniţial, ca pe un teren *pasiv*; aproape ca pe un mediu favorabil de cultură microbiană). Ulterior, studiind imunitatea dobândită, terenului i s-au atribuit mai ales calităţi *active*, adică *reactive*, mai precis – de *ripostă.* Unele boli alergice sau idiosincrazii la medicamente sunt manifestări ale unui "teren" deosebit, aberant.

3. *O accepţie legată de aspectul patogenic.* De la un individ la altul există diferenţe în ce priveşte calitatea şi eficacitatea mecanismelor de apărare ale organismului (şi rezistenţa organelor, ţesuturilor şi sistemelor funcţionale) la acţiunea agenţilor patogeni. Uşurinţa cu care o excitaţie morbidă, sau chiar o leziune morbidă, se propagă în organism depinde de ereditate, de antecedentele fiziologice şi patologice etc. Elementele de "teren" cu caracter de permanenţă şi alcătuind structura întregului se numesc *constituţionale.*

4. *O accepţie legată de fizionomia bolii (aspectul patoplastic).* La persoane (organisme) diferite, manifestările clinice ale unui proces patologic (simptome, semne, evoluţie, complicaţii etc.) nu sunt identice. Este de menţionat faptul că termenul de patoplastie a fost propus (Birnbaum) în sfera psihopatologiei.

5. *O accepţie legată de prognostic.* În sensul acesta larg, problematica "terenului" se confundă cu problematica reactivităţii biologice şi psihologice; ea se ocupă, în bună parte, cu problematica relaţiilor "cauză-efect". În această problematică avem de luat în considerare cel puţin trei aspecte fundamentale:

A. *Aspectul cantitativ.* Stimuli (sau noxe) de aceeaşi intensitate pot provoca efecte de intensităţi diferite, după teren (şi invers): există o "împrăştiere statistică" a efectelor individuale.

B. *Aspectul calitativ.* Răspunsurile sunt "specifice" în două situaţii extreme:

a) când sunt reflectorii pentru natura şi pentru intensitatea cauzei (*alospecificitate* sau *exospecificitate*). De exemplu, putem recunoaşte o boală (şi agentul ei patogen) pe baza simptomatologiei;

b) când exprimă numai particularităţile "terenului": răspunsuri monotone, standard, stereotipe – conforme cu structura şi cu funcţionalitatea sistemului viu (*idiospecificitate* sau *endospecificitate*). Percepţia este alospecifică, în timp ce iluzia (şi, mai ales, halucinaţia) sunt idiospecifice. Anafilaxia are o simptomatologie idiospecifică, în timp ce anticorpii sunt alospecifici.

C. *Aspectul temporal*: efectul poate urma imediat cauzei sau poate fi prelungit în timp; în alte cazuri, reacţiile pot fi amânate sau chiar suspendate.

Idiospecificitatea poate îmbrăca aspectele extreme ale reacţiei "tot sau nimic" şi ale reacţiei paradoxale.

După cum se ştie, unul dintre factorii de "individualizare" este însăşi experienţa de viaţă a individului. Reflexele condiţionate, de pildă, stabilesc o nouă legătură (dar o legătură temporară) între un agent exterior (care, până la un moment dat, putea să fie indiferent) şi un efect (care poate fi un efect visceral, sau unul psihologic); această legătură este explicabilă prin *istoria* individului. Faptul că – în multe cazuri – condiţiile cele mai importante de desfăşurare a procesului sunt cele care ţin de "teren", nu este însă suficient meditat. Tratamentul – în aceste cazuri – nu poate fi numai *etiotrop*, ci – în primul rând – *personotrop*.

Personalitatea în perspectivă sistemică

Ultimul deceniu a fost unul de mare popularitate a viziunii *sistemice*. Pornită de la consideraţii de termodinamică biologică (L. v. Bertalanffy), teoria generală a sistemelor (sau a "sistemelor generale") a fuzionat repede cu cibernetica. Abordarea sistemică este "abstractă" – având taxonomia (sau tipologia sa) proprie: sistem închis/deschis,

continuu/discret, substanţial/energetic/informaţional etc. Din punct de vedere al *sistematicii* biologice, omul este un vertebrat, mamifer, primat etc. Din punct de vedere *sistemic* (al unei "antropologii abstracte"), omul este un sistem integral, heterogen, anizotrop, geometric, deschis, substanţial, compartimentat, energetic, cu autoreglare, cu retroacţiuni, informaţional, cibernetic, reactiv, ierarhizat, oscilator, neliniar, automat, dinamic, evolutiv, antieutropic. Fiecare dintre aceste 20 de caracterizări, *explicitată*, are, la rândul ei, "implicaţii explicative". Ele definesc omul pe latură antropologică, dar cele mai multe dintre ele caracterizează şi psihicul uman: omul este un sistem *autoizomorf*. Accentul se va pune pe caracteristicile informaţionale: lumea semnalelor se prelungeşte în lumea semnelor şi a simbolurilor (*omul cu sistem semiotic*). Comportamentul reactiv se prelungeşte într-un *joc strategic*. Apar dimensiunile *semantice*. "Circuitul de reacţie" al conştiinţei este premisa unei autoreglări şi autocontrolări de ranguri tot mai înalte; în acest sens, omul este un sistem cu *autodepăşiri* virtuale repetabile (*sistem transfinit*).

Se poate insista asupra a trei note omeneşti: 1) *antientropia* (sistemul se *organizează* psihofizic şi *organizează* ambianţa, cheltuind energie; în felul acesta generează - ca orice sistem viu – insule de ordine şi de neentropie într-un flux de entropie crescândă); 2) caracterul său *antialeator* (care compensează întâmplările şi perturbaţiile prin jocuri strategice care consumă puţină energie dar folosesc multă informaţie); 3) *autocinetismul* (Maliţa). Omul antientropic ţine de dotarea sa cu voinţă; cel antialeator este omul inteligent; cel autocinetic este omul cu iniţiativă, autoconducere, autoperfecţionare.

Factorii psihici în dinamica sănătăţii şi a bolii (I)

Terminologie

În teoria medicinii (ca şi în alte ramuri teoretice ale ştiinţelor), terminologia nu este unitară, iar sensul folosirii diferiţilor termeni variază după autor. Pentru a evita unele confuzii şi a uşura recepţionarea textului care urmează, credem nimerit să precizăm care este înţelesul pe care-l vom da câtorva noţiuni de circulaţie în medicină.

Nu ne vom opri mai mult asupra cuvintelor "sănătate" şi "boală", care vor face obiectul unor discuţii ulterioare. În schimb, vom aminti cuvintele care se referă la trecerea de la starea de sănătate la cea de boală, şi invers.

"Boală" *(morbus)* nu este un concept univoc. K. Rothschuh propune să numim *pathos*, "boala" în sensul în care o priveşte patologia (ştiinţa despre procese şi leziuni morbide), adică deviaţia *obiectivabilă* de la normă. Pentru "boala" luată în sens clinic, termenul de largă circulaţie este cel de *nosos*. În sens "personalist", incluzând deci şi aspectul subiectiv al bolnavului (dar şi atitudinea sa faţă de propria stare), boala se poate numi *aegritudo*. Hipocrate observă că "la tot ceea ce supără, i se spune boală"; Rothschuh leagă noţiunea de boală de *nevoia de a primi ajutor*. Din punctul de vedere al bolnavului, această nevoie are o întemeiere mai ales subiectivă; ajutorul medical nu este justificat la orice apel al pacientului. *Pacientul* este cel care suferă *(patiens)*.

"Sănătatea" este privită, de către patolog, ca o stare de integritate; de către clinician, ca o lipsă de simptome; de către bolnav, ca o stare de *bien-être (valetudo)*. Sănătatea – a scris P. Valéry – este

starea în care funcţiile necesare se îndeplinesc "insensibil sau cu plăcere". Intrarea şi ieşirea din starea de boală poate fi privită, din aceste trei puncte de vedere, sub forma a trei serii stadiale:

1. *integritas* – predispoziţie – *pathos* – reorganizare;
2. lipsă de simptome – prodrome – *nosos* – *sanatio;*
3. *valetudo* – indispoziţie – *aegritudo* – reconvalescenţă.

Capacitatea de a ne îmbolnăvi este *patibilitatea*. Cauzele bolii înseamnă *etiologia* sau *patokineza*. *Patogeneza* se referă la difuziunea intra-organismică a procesului perturbat sau perturbant (ea reprezintă o sumă de procese cauzale, dintre care unele au funcţii regulative). *Patoplastia* se referă la particularităţile individuale de manifestare a bolii. Procesele organismice care se opun bolii sunt procese *antipatice*. Dacă sunt eficiente, ele duc la vindecare, la *higiogeneză* (sănătatea se mai numeşte şi *stare higidă)*.

Sanogeneză este un termen care vizează întărirea, "augmentarea" sănătăţii. *Profilaxia* vizează evitarea îmbolnăvirilor sau a desfăşurării grave a bolii sau a complicaţiilor unei stări morbide.

Când spunem că factorii psihici ai pacientului (şi ai medicului) "intervin" în dinamica sănătăţii şi a bolii, ne gândim, fireşte, la altceva decât la reflectarea pasivă a bolii în conştiinţă (reflectarea se referă la "seria treia" stadială de mai sus). Ne gândim la intervenţia în sanogeneză, patokineză, patogeneză, patoplastie, higiogeneză. Şi ne gândim, de asemenea, la mai mult decât la luarea unor măsuri de igienă, profilactice – şi la mai mult decât la greşeli de comportament generatoare de îmbolnăviri sau de agravrări.

Ce înseamnă "factor"? Acest cuvânt îl vom folosi într-un sens empiric, pragmatic. "Factor" va fi, de exemplu, o emoţie unică puternică – în particular, emoţia negativă *(trauma psihică)* – dar şi conflictul de durată, conştient *(drama)*, sau complexul inconştient sau pasiunea *(Riese)* – şi chiar "sentimentele intelectuale" ca şi atitudinea bolnavului faţă de boală.

O medicină care ţine seama de factorii psihici, ţine seama, implicit, de factorii sociali, culturali, axiologici (inclusiv morali) etc. *Psihicul uman* are o semnificaţie şi o funcţionalitate mult mai complexă decât psihicul animal. După accentul care s-a pus pe unul

sau altul dintre aspectele vieţii psihice umane, aceste orientări ale medicinii s-au institulat fie "medicină psihosomatică", fie "medicină antropologică", fie "sociofiziologie" sau "sociosomatică".

Stabilirea corelaţiilor semnificative între factorii psihici şi cei patologici este *o primă etapă* a cercetării. O altă etapă este aceea în care se cercetează *mecanismele* de la baza acestor corelaţii. Cercetarea mecanismelor *infrastructurale* ale vieţii psihice este de resortul fiziologiei, în special de resortul neurofiziologiei şi al neuroendocrinologiei. Pe această linie se înscriu cercetările exprimate cel mai pregnant de către curentul *medicinii corticoviscerale.*

Viaţa afectivă

Interesul psihologiei pentru viaţa afectivă este mereu în creştere, de la sfârşitul secolului al XIX-lea, ca reacţie la psihologia intelectualistă, ca ecou al viziunii romantice despre om, ca expresie a influenţelor exercitate de sistemele filosofice ale lui Schopenhauer, Nietzsche, Ed. Hartmann, dar şi ca rezultat al preocupărilor neurologice şi psihiatrice ale timpului (privind isteria, psihozele endogene). O etapă de cea mai mare importanţa pentru dezvoltarea "psihopatologiei afective" o marchează psihanaliza lui S. Freud.

Pentru scopurile lucrării de faţă ne interesează în primul rând semnificaţia *biologică* şi semnificaţia pentru individ a emoţiilor şi, în al doilea rând, mecanismele *fiziologice* ale emoţiilor. Această cunoaştere ne-ar da posibilitatea de a înţelege rolul şi intervenţia lor în dinamica sănătăţii şi a bolii, de a stăpâni şi a folosi viaţa afectivă în cadrul activităţii profilactice şi terapeutice etc. Subtilităţile psihologice ale problemelor pot fi găsite în tratatele şi monografiile de specialitate.

După K. Lewin, stările afective apar ca expresii ale unor forţe de echilibru într-un "câmp psihic". M. Scheler a accentuat asupra ideii că ele posedă *înţeles timetic* – legat de interesele biologice ale organismului. Sentimentele sunt subiective nu pentru că sunt expresii ale eului, ci pentru că sunt inerente *intereselor organismului.* Şi P. Janet vedea în afecte factori interni de *reglare ai conduitei;* dar important

este să se realizeze valoarea adecvată, adaptativă a acestei reglări. Ideea foarte răspândită în şcoala psihologică franceză, după care emoţia este mai ales dezadaptare, o dezorganizare (deoarece poate pune persoana în stare de inadecvare, de ex. "tracul") este insuficient gândită: nu ţine seama de intensitatea emoţiei, nu ţine seama de faptul că unele dezorganizări sunt utile în calitatea lor de pregătire a restructurărilor în vederea unei noi etape adaptative (V. Pavelcu). Mai precis, emoţia poate fi caracterizată ca o reacţie adaptativă la evenimente din viaţa *individului şi* – pe plan uman – ca o reacţie a *persoanei* în raport mai ales cu factori din mediul social, cu referinţă la *dezvoltarea* armonioasă a persoanei (şi nu numai la homeostazie). Interpretarea contemporană a emoţiilor este *holistică* (reacţie a *întregii* persoane) şi *biosociologică.*

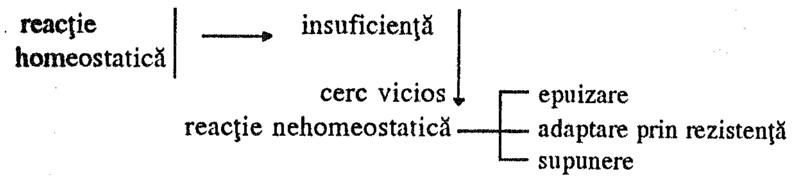
Organismul animalelor superioare are capacitatea unei estimări globale a situaţiilor în vederea unor reacţii *globale* – şi că din această funcţie estimativă face parte şi viaţa afectivă (Magda B. Arnold). Viaţa afectivă exprimă astfel, în mod pregnant, conexiunea dintre funcţiile de cunoaştere şi cele de intervenţie activă în mediu*. Emoţia "precede" sau "generează", "intensifică" un impuls spre acţiune. În cazul unei reacţii *amânate* (cum sunt reacţiile caracteristice pentru om, după M. Ralea), emoţia determină o preocupare atentă cu situaţia. Elaborarea informaţiei actuale se face cu ajutorul datelor memoriale, premisă a activităţii imaginative. Imaginaţia construieşte "modele" interioare ale acţiunilor sau ale evenimentelor posibile, asupra cărora operează instanţele critice. Atitudinea noastră faţă de ele este, de asemenea, sprijinită pe afect. Mai reacţionăm afectiv şi la "conţinutul conştiinţei noastre". Prin cumulare şi repetiţie, acest *pattern* afectiv poate crea un *pattern de reactivitate* afectivă şi o modificare de temperament.

În cele ce urmează vom trece în revistă câteva probleme importante pentru psihologia medicinii.

* "Cunoaşterea afectivă" nu este o contradicţie în termeni: Pascal vorbea despre *"les raisons du coeur que la raison ne connaît pas"*; Lipps - despre cunoaşterea "empatică", intuitivă *(Einfühlung);* H. Bergson - despre intuiţia legată de instinct şi de emoţie.

1. *Diferenţierea între impresiile somestezice şi emoţiile de însoţire* (M. Arnold). Primele reacţii (şi cele elementare) la impresiile somestezice sunt simţămintele specifice de plăcere sau (mai frecvent?) de durere. Când spunem "plăcut, neplăcut" (nu: "dureros") ne referim la reacţii afective, la impresii senzitivo-senzoriale de orice natură; ***suferinţă*** însemnează sesizarea durerii, a izvorului ei şi a primejdiei implicate.

2. *Oare orice emoţie este adaptativă?* Există o deosebire între **emoţia** de frică, care ne "îndeamnă" la fuga de pericol – şi între **tensiunea** anxioasă, în care agitaţia este semnul tatonării după o **soluţie** în *prezenţa* primejdiei. Emoţia este un simplu semnal de perturbare a echilibrului; mecanismele puse în joc pot să ţintească restabilirea homeostaziei sau alte soluţii adaptative nehomeostatice (cum ar fi fuga). Invers, nu orice reacţie homeostatică este adaptativă. "Finalitatea" organismului despre care au vorbit atât de mult teologii, "înţelepciunea" sa *(the wisdom)* lăudată de W. B. Cannon sunt rezultatul fericit (frecvent întâlnit în starea de sănătate şi în condiţii normale de mediu) al unor mecanisme oarbe. În situaţii anormale şi în stare patologică, unele mecanisme homeostatice sunt răspunzătoare de amplificarea tulburărilor, de agravarea lor, de trecerea lor în fază lezională – prin mecanismele cercului vicios. După cum a arătat M. Ross Ashby, sistemul viu este *ultrastabil:* el îşi poate schimba "programul" reacţiilor, dacă acestea nu duc la rezultatul favorabil. Organismul este, de aceea, un sistem de reacţii "eşalonate". Atât timp cât este păstrată capacitatea de încercare a soluţiilor "de rezervă", reacţiile organismului îşi păstrează finalitatea autoconservativă (teleonomia). Schematizarea procesului de adaptare fiziologică sau psihofiziologică pe care o propunem este următoarea:



Am adăugat modalitatea "supunerii" (Laborit), ca singura eficace (eventual!), atunci când există o disproporţie între forţele nocive şi sistemul viu. I. P. Pavlov vorbea, în cazuri similare, despre "inhibiţie de protecţie".

Intensitatea emoţiei este un factor de care depinde eficienţa sa biologică. Emoţia puternică este o "emoţie-şoc", care deregleazä comportamentul, îl face incoordonat sau îl inhibă.

Dacă modificările somatice, concomitente emoţiilor moderate au un rol adaptativ pe *plan fiziologic* (pregătind un comportament adecvat), ce finalitate le-am putea găsi în cadrul unor interacţiuni pur psihice?

Pe plan uman, rolul emoţiilor neplăcute (sau negative) nu se mărgineşte la sectorul adaptării faţă de factorii mediului fizic sau biologic. Dinamizarea activităţii mentale este, aici, mai importantă decât dinamizarea activităţii fizice şi decât pregătirea somatică pentru agresiune şi luptă corp-la-corp. Afectivitatea, la om, nu are numai o funcţie biologică, ci şi una psihologică şi chiar una "spirituală". Emoţiile "negative" pot juca, de exemplu, rolul de "gardieni ai *self-ideal*-ului" (M. Arnold).

3. Mecanismele psihologice specifice umane dau relief şi consistenţă suferinţei, dar alte mecanisme, de ripostă, sunt îndreptate împotriva suferinţei, ţintind la compensare, la evadare sau la resemnificarea evenimentelor prin schimbarea atitudinii, eventual prin acceptarea compromisurilor. S. Freud a analizat unele consecinţe *patogene* ale deficienţei mecanismelor de evadare din suferinţă – în particular, acelea generate de incapacitatea de detaşare şi de reataşare a libidoului. Tot el (şi Ana Freud) au elaborat teoria refulării, a protecţiunii şi a altor mecanisme subconştiente de apărare "faţă de noi înşine". F. Baumgarten a adus contribuţii în acelaşi sector, ţinând seama de mecanismele conştiente, iar V. Frankl a insistat asupra mecanismelor de nivel suprem: mecanisme spirituale, constând în "distanţarea" faţă de eul suferind (de exemplu, prin filosofie sau umor) şi în căutarea unor sensuri şi valori legate chiar de suferinţă. Există, aşadar, o lichidare "orizontală" a suferinţei, prin riposte care se petrec pe acelaşi plan – şi o lichidare "verticală", prin instanţe superioare (de control), ale personalităţii.

4. Capacitatea de "dedublare" psihologică şi spirituală a omului dă ocazie la o dublă orientare a vectorului afectiv: spre alţii (adică spre lumea dinafară - *orientare xenotropă)* şi spre sine *(orientare autotropă)*. Tendinţele de agresiune pot fi tendinţe heteroagresive (aloplastice) sau tendinţe autoagresive (autoplastice). Totodată şi "sursa" afectului poate fi exterioară sau interioară. Există anxietăţi care sunt generate de situaţii obiective şi altele care sunt generate de refulări. Este uşor de admis că mânia agresivă are o valoare *biologică* mai aproape de adecvare decât autoagresiunea. În schimb, autoblamajul poate avea o însemnată valoare *spirituală*.

Concomitenţe endocrine ale stărilor afective

Cercetarea *concomitenţelor fiziologice* ale stărilor afective s-a îndreptat sistematic spre sectorul umoral şi endocrin.

Încă din 1924, Allport a încercat un paralelism între "antagonismul" simpatic-parasimpatic şi bipolaritatea neplăcere-plăcere - fundamentală pentru discriminarea afectivă. După această schemă, emoţiile neplăcute (durere, frică, mânie) s-ar însoţi de o excitaţie a simpaticului, iar cele plăcute - de o excitaţie a parasimpaticului. Această opoziţie poate fi apropiată şi de caracterizarea semnificaţiei biologice generale a orientării simpaticotone ("ergotropă", după Hess, catabolizantă şi furnizând astfel energie) şi a orientării vagotone ("trofotropă", anabolizantă - orientare de cruţare şi de refacere). Ceea ce generează o emoţie plăcută ar favoriza astfel desfăşurarea optimală a vieţii organismului.

D. Danielopolu a făcut mai demult precizarea că antagonismul neurovegetativ este *interstimulent*. Cu alte cuvinte, excitarea simpaticului antrenează o creştere a tonusului parasimpatic (şi reciproc), rezultând astfel o *amfotonie*. Stimularea sistemului antagonist este necesară din consideraţii de echilibru funcţional. Ea poate fi privită şi ca o *ripostă* intraorganismică.

W. B. Cannon a susţinut (întemeiat pe experienţe) că reacţiile simpaticotone sunt utile pentru "ieşirea" animalelor din situaţii ameninţătoare, neobişnuite. Activarea simpaticului este favorabilă pregătirii organismului pentru fugă sau pentru luptă. Simpaticul şi sistemul endocrin adrenergic ar fi aparate de *emergenţă*, folosite în împrejurări primejdioase de scurtă durată (reacţii de urgenţă).

După cum se ştie, H. Selye a elaborat concepţia "sindromului general de adaptare": reacţiile organismelor supuse la o mare varietate de noxe brutale *(stress)* au un mare coeficient de nespecificitate (idiospecificitate); axa acestor reacţii este construită de activarea secreţiei hipofizare de ACTH, cu hipersecreţie consecutivă de hormoni corticosuprarenali.

S. A. Corson a observat, la câini (1956), că stress-ul "psihologic" (stimuli nociceptivi) poate provoca două tipuri de răspunsuri endocrine. La unele animale, la repetarea stress-ului "psihologic", se obţine o eliberare marcată şi persistentă de vasopresină (hormon antidiuretic, ADH), împreună cu predominarea factorilor colinergici (ai sistemului trofotropic, după terminologia lui Hess). La altele - eliberarea de vasopresină este absentă sau efemeră: sunt animalele cu predominenţă simpatoadrenergică. Este ceea ce numim *tipospecificitate*.

Cercetările care au studiat *concomitenţele* endocrine ale stărilor emoţionale nu sunt numeroase. Tentativele de a găsi "formula endocrină specifică" fiecărei specii de emoţie *umană* s-au lovit de dificultăţi metodologice şi terminologice. Se întâlneşte frecvent, în literatură, confuzia între teamă şi frică, între anxietate şi starea de tensiune, între anxietate şi angoasă etc. Nu s-a ţinut seama întotdeauna de factorii *intensitate* şi *timp*. Este de aşteptat ca în stările emotive foarte intense sau în cele care au durată apreciabilă, să apară *riposte intraorganismice;* acestea ajung pe primul plan, dominând scena. O reacţie colinergică poate fi mascată prin simptome adrenergice sau invers. Considerînd că emoţia este o reacţie a organismului la o "situaţie", riposta intraorganismică poate fi privită ca o *reacţie la reacţie*.

În frică, estimarea primejdiei duce la impulsul de a evada sau de a fugi: pe plan umoral, găsim stimularea hipofizei anterioare şi

secreţia hormonilor corticosuprarenali – de asemenea o activare adrenergică, similară (până la un punct) celeia din frig. Stimularea corticosuprarenalelor este o reacţie relativ lentă (se petrece în curs de ore); este de presupus, de aceea, că "rolul" ei nu rezidă în facilitarea actului de fugă, ci că este o "ripostă" necesară restabilirii homeostaziei, după ce primejdia a trecut. Când frica devine cronică, impulsul spre fugă nu mai are aceeaşi putere; efectul stimulării simpatice devine cumulativ, în timp ce descărcarea de ACTH se reduce (formă de dezechilibru endocrin patogen?).

După M. Arnold, mânia pare să producă efecte organice asemănătoare celor dezlănţuite de căldură. *Flush*-ul mâniei puternice nu se limitează la faţă. Mucoasa gastrică se înroşeşte, se tumefiază şi devine atât de congestionată, încât se pot produce hemoragii (Wolf, 1950). Mânia (şi furia) par să implice, de aceea, o excitaţie colinergică. Dar aceste emoţii sunt însoţite şi de o hipersecreţie de noradrenalină. Pentru că noradrenalina este un slab excitant al secreţiei de ACTH, "riposta" intraorganismică este diferită de cea din cazul fricii.

Excitaţia adrenergică *secundară* unei stimulări colinergice produce o senzaţie de frig, ca şi excitaţia adrenergică *primară*; excitaţia colinergică provoacă o senzaţie de căldură. Secvenţa de "una caldă, una rece" se poate întâlni şi în cazul *stress*-urilor puternice, complexe (Laborit a vorbit despre "reacţia oscilantă postagresivă").

Von Euler (1950, 1964), Silverman şi Cohen (1960) au prezentat date care sugerează o asociere statistică între mânie, agresiune şi descărcare de noradrenalină, pe de o parte, şi anxietate, aprehensiune şi hipersecreţia de adrenalină, pe de altă parte. Mason (1961), lucrând pe maimuţe, a observat creşteri în nivelul plasmatic al 17-hidroxicorticosteroizilor şi al noradrenalinei într-o mare varietate de situaţii experimentale. Secreţia de adrenalină a părut să fie mai "selectivă", fiind legată de elementele de *nesiguranţă* din situaţia experimentală.

Concomitenţe nervoase ale stărilor afective

După teoria lui W. Cannon (1930), pentru *a avea* experienţa emoţiei este necesar talamusul; pentru a *exprima* emoţia este necesar hipotalamusul posterior şi structurile vecine ale trunchiului cerebral. Cannon admite că emoţia este un fenomen de eliberare, de dezinhibare a talamusului. Decorticarea (neocortexului) suprimă însă şi posibilitatea de a avea unele emoţii; funcţionarea scurtcircuitată a structurilor duce la pseudostări afective exagerate ca expresie. Lashley (1938) a făcut observaţia că leziunile talamice duc la modificări în intensitatea şi în calitatea *senzaţiilor* (ex. durere), nu la modificări afective. În emoţie, talamusul ar fi mai curând *excitat*.

Papez (1937, 1939) a văzut în diferiţi *centri* corticali numai *staţiuni* într-un lanţ dinamic complex de releuri. Fluxul impulsurilor senzoriale de la periferie urmează trei căi principale de la talamus la cortex: una serveşte percepţiile, alta organizarea proceselor de gândire, înţelegere şi mişcare, iar a treia – simţămintele şi conştiinţa ca atare. Creierul afectiv cuprinde – după Papez – circuitul hipocampus-fornix – corpii mamilari – nucleul talamic anterior şi *gyrus cinguli*.

Mac Lean (1949), pe urmele lui Papez, a dezvoltat concepţia "creierului visceral". Structurile care cuprind circuitul emoţional sunt conectate cu sistemul nervos autonom şi sunt importante pentru supravieţuire. La animalele inferioare, mirosul este un simţ de mare însemnătate adaptativă; *de aceea*, "creierul visceral" coincide în mare măsură cu rinencefalul. Rinencefalul are conexiuni strânse şi cu viaţa instinctivă, mai ales cu cea sexuală. Influenţat de psihanaliză, Mac Lean admite că acest creier primitiv serveşte funcţiile *id*-ului; sistemul hipocamic ar putea prelucra informaţia numai într-un chip sumar, ar fi incapabil să analizeze limbajul (cum face neocortexul), dar ar fi capabil de simbolism non-verbal. Hipocampul ar fi un "creier animalizat şi analfabet" (Mac Lean), dar M. Arnold a criticat concepţia lui Mac Lean, arătând că simoblismul non-verbal implică o experienţă psihologică complexă, mai complexă decât cea a emoţiilor elementare.

Hebb (1949, 1959) încerca să găsească procese nervoase "echivalente" unor procese psihice. Prototipul atenţiei ar fi un anumit gen de facilitare centrală. O altă organizare funcţională "intrinsecă", specifică pentru somn şi copilărie, ar consta în hipersincronia activării celulelor corticale. Dezorganizarea trecătoare ar corespunde *tulburării* emoţionale (emoţia este văzută deci ca o perturbare adusă de stimularea senzorială), iar cea cronică ar corespunde nevrozei şi psihozei. Invers, emoţiile plăcute ar corespunde la secvenţe de faze de dezvoltare (organizare, sinteză).

Magda Arnold (1960) a propus o schemă anatomofiziologică bazată în mare măsură pe o fină analiză introspectivă şi fenomenologică (în aceasta constă, de altfel, originalitatea ei *metodologică).* Emoţia este definită că tendinţa resimţită spre ceva care ne pare bun (sau plăcut, potrivit, dezirabil) sau de a ne *depărta* de ceva care ne pare rău (sau neplăcut, nepotrivit, indezirabil). Emoţia este *trăită* ca o "tendinţă de acţiune". După concepţia autoarei, sistemul limbic mediază aprecierea de "bun" sau "plăcut" (respectiv "rău" sau "neplăcut"), în timp ce hipocampul ar iniţia reamintirea – şi astfel impulsul spre o acţiune particulară.

Un *pattern* sincronizat de impulsuri din cerebel este predat către talamusul central şi lobul frontal. La sosirea impulsurilor în aria premotorie are loc experienţa nevoii de a acţiona şi ea poate fi apreciată ca oportună sau inoportună, dacă e comparată cu acţiuni precedente rememorate. Mobilizarea generală spre acţiune are un acompaniament neurovegetativ, care reprezintă asigurarea condiţiilor circulatorii, metabolice etc. Conexiunile piramidale par a media modificările autonome necesare pentru acţiuni discrete, în timp ce conexiunile extrapiramidale mediază modificările vegetative globale ale corpului, aşa cum sunt şi cele ale expresiei emoţionale. Pe scurt, acţiunea este mediată de un releu care – de la ariile corticale senzoriale, ajunge la ariile corticale motorii, *via* structuri subcorticale.

Efectele *lobotomiei prefrontale* includ o scădere a entuziasmului, a interesului general, dar şi o pierdere a "atitudinii abstracte" – care poate fi concepută ca reprezentând inabilitatea de a imagina acţiunea potrivită. Reducerea şi eliminarea anxietăţii însemnează, mai curând, suprimarea intensificării emoţiilor prin "adaosul" memoriei la aprecierea momentană. Orice pericol este judecat numai după propriul său merit, iar teama îşi pierde forţa compulsivă care vine din obişnuinţă.

În ce priveşte *efectele distrugerii nucleilor talamici,* M. Arnold propune următoarea interpretare: leziunile nucleului dorsomedian previn "imaginaţia motorie", deci şi dorinţa de a scăpa; cele ale nucleului anterior previn imaginarea acţiunilor sub semnul succesului şi al insuccesului – deci şi frământarea relativă la ceea ce este mai bine de făcut; cele ale porţiunilor mediale şi anterioare ale nucleilor talamici ventrali, previn reactivarea memoriei motorii. Viaţa emoţională devine plată prin perturbarea capacităţii de a retrăi emoţii trecute. Lipsa de inhibiţie ar putea fi explicată prin întreruperea fibrelor care merg la girusul cingulat anterior: pacientul răspunde la oricare impuls, înainte de a-şi da seama de oportunitatea răspunsului. Pacientul lobotomizat este mult mai "sensibil" la dureri minore (înţepătură, ciupitură), deşi rezistă mai bine la durerea viscerală intratabilă (de fapt, nu-şi poate inhiba impulsul de a "fugi" de durere sau de alţi stimuli nociceptivi). Cingulectomia şi cingulotomia reduc agitaţia neuroticilor obsesivi, influenţând comportamentul compulsiv şi ritual, dar nu anxietatea. Agitaţia compulsivă se datoreşte probabil faptului că neuroticul *îşi priveşte* acţiunile ca fiind nesatisfăcătoare, imperfecte – şi de aceea şi le repetă mereu.

Acţiunea normală are un sfârşit; ea este "oprită" în situaţii ca: succes (atingerea ţintei), surpriză, groază, relaxare etc. Decizia de a opri acţiunea sau de a nu o face este legată, probabil, tot de hipocampus.

După M. Arnold, unele efecte ale psihomedicamentelor pot fi interpretate ca rezultate ale tropismului particular pentru anumite zone ale sistemului estimativ. Tranchilizantele ar facilita circuitul memorial, normalizând imaginaţia. Când domină memoria, aprehensiunea e redusă, dar sunt reduse şi impulsurile spre acţiune, entuziasmul şi iniţiativa. Barbituricele, clorpromazina şi reserpina ar reduce imaginaţia. Meprobamatul ar creşte eficienţa sistemului estimativ, reducând "locul" nesiguranţei sau aprehensiunii. Cât despre alcool, el

ar deprima configurația de "teamă", cât și pe cea de "mânie" din circuitul de acțiune, dar ar afecta transmisia colinergică mai mult decât cea adrenergică, iar transmisia în nervii noradrenalin-senzitivi, mai mult decât transmisia în cei stimulați de adrenalină. Tensiunea și resentimentul sunt abolite de către alcool, iar anxietatea este numai redusă.

*

Considerații *energetice* asupra vieții emoționale se întânesc în expunerile psihanalitice. În "modelul" *energetic* al *libido*-ului, acesta este capabil să folosească diferite canale de descărcare. Se pare că – cu cât crește intensitatea unui afect, cu atât mai labilă devine legătura sa cu structura motorie, permițând substituiri în procesul de consumare. Sporirea tensiunii afective, modificând cronaxia nervoasă, face ca destinderea să se poată efectua și prin intermediul altor echipamente motorii (V. Pavelcu).

Stări afective complexe

În paginile precedente nu am putut să insistăm *decât* asupra stărilor emoționale elementare, cu referire specială la *emoțiile-șoc*. Viața afectivă este însă foarte bogată, diferențiată, nu numai calitativ pe *profile*, ci și pe *nivele* ale personalitații. Într-o lucrare introductivă în problematica psihologică a medicinii, nu ne putem ocupa pe larg decât de fenomenele care se repercută curent, evident și direct asupra sănătății bolnavului, de cele care alcătuiesc un substrat al legăturii sale cu medicul și (în treacăt) de cele a căror perturbare constituie un element de diagnostic.

Emotivitatea este un "fenomen psihosomatic". Ea are un caracter reacțional, legat de viața instinctivă (unii autori vorbesc despre "viața instinctivo-afectivă"). Se desfășoară sub sèmnul "solidarității organopsihice" fiind (E. Minkowski) prototipul reactivității pe *planul* organizării psihosomatice sau somatopsihice. *Hiperemotivitatea* este o stare constituțională paranormală, o "diateză temperamentală".

Sentimentalitatea este altceva decât emotivitatea; ca și aceasta, poate păcătui prin exces; ca și aceasta, este un sector de conflictualitate posibilă (pasiuni).

E. Minkowski propune să grupăm sub eticheta de *afectivitate (stricto sensu)*, viața afectivă legată de interacțiunea interpersonală, de contactul interuman; poate "mai mult umană decât personală". Aici intră "afecțiunea" (nu *afectul*, dar ceea ce *mă afectează)* – și partea specifică a psihologiei "întâlnirii umane", a psihologiei lui "eu-tu" (M. Buber), a "psihologiei în doi" *(Wirheit*, L. Binswanger). Aceasta este, în mare măsură, viața intuitivo-afectivă (și nu viața instinctivo-afectivă), legată de căldura "omenescului". Nu se poate vorbi aici de *exces*, ci – frecvent – de deficiențe; de asemenea, se poate vorbi despre afectivitate "bună sau rea". Pentru E. Minkowski, acest plan este cel propriu-zis "antropologic". El observă că există hiperemotivi neafectuoși ca și schizoizi (în care acest "contact" e deficitar) hiperestezici.

În aceeași categorie a vieții afective se integrează și capacitatea de a avea contact natural, direct, spontan – cu ambianța. "A simți" *(sentir)* însemnează nu numai a avea simțuri și a avea simțăminte. Schizofrenicii înregistrează, știu, dar le lipsește acest contact natural; sintonicii (Bleuler), dimpotrivă, "vibrează" în raport cu ambianța. În sfera aceasta intră *anhedonia* descrisă de Ribot. Alienarea schizofrenică are și un revers: dacă ei sunt indiferenți și "reci" (după toate aparențele), nici afectivitatea lor (uneori exacerbată) nu are ecou în noi*.

Atitudinea bolnavului față de evenimente, față de boală, față de sine însuși etc. depinde de *ritmul* și de *mobilitatea* afectivității. Există inconsistenți și superficiali; există adezivi prin bradipsihie și prin temperament "epileptoid". Aceste atitudini depind, de asemenea, de *maturația* vieții afective: există arierații afective și "puerilismul mental" (Dupré, 1930) – stare care nu ține de "marea psihiatrie". Există, în sfârșit, alterări ale afectivității prin epuizare, cum este anestezia (atonia, amorțirea) afectivă a celor care au suferit mai mult în viață, a internaților din lagărele de exterminare etc.

* Psihiatria ne oferă exemple de paradoxale asocieri și disocieri în sectorul afectivității: de pildă forma dureroasă a schizofreniei (prin disociere sau disfuncție) care poate duce la sinucidere; anestezia dureroasă (prin inhibiție) a melancolicilor.

În încheiere menţionăm că am putea considera patru emoţii fundamentale cu corelatele lor mai complexe:

Emoţie	Dispoziţie *(humeur)* rezultantă	Sentiment
Frică (spaimă, groază, teroare)	nelinişte	timiditate, pudoare
Mânie	enervare	ură, dorinţă de răzbunare
Plăcere (bucurie)	veselie (euforie)	mulţumire
Neplăcere (chin)	tristeţe	descurajare

"Instinctul"

Ce înseamnă "instinct"? Ce însemnează "instinctiv"?

Credem că, pentru folosinţa psihologiei medicale, cuvântul de pulsiune (corespunzător englezescului *drive* şi germanului *Trieb)* are unele avantaje faţă de cuvântul *instinct.* Prin *pulsiune* vom înţelege, în textul nostru, o forţă dinamizatoare, eficace, o "pornire" care produce o serie de acte comportamentale în raport cu o situaţie exterioară sau cu un obiect exterior. Rădăcinile pulsiunilor sunt dispoziţii psihosomatice înnăscute care fac din anumiţi factori ai mediului, elemente de mare interes şi de puternică valoare de influenţare. Semnificaţia acestor excitanţi externi depinde de starea interioară a organismului. Pulsiunile determină acte de comportament îndreptate spre satisfacerea unor *nevoi* specifice.* Omul caută mijloace şi căi adecvate pentru satisfacerea acestor nevoi, dar este capabil să decidă şi asupra oportunităţii lor, având – până la un punct – capacitatea de a le accepta sau de a li se opune. Prin *instincte* vom înţelege o categorie de pulsiuni, puse nemijlocit sau mijlocit în serviciul nevoilor biologice *(fiziologice,* adică referitoare la organism – dar şi referitoare la *specie),* care se manifestă foarte asemănător la toţi indivizii aceleiaşi

* Disciplina psihologică care studiază (prin anchete) nevoile este *cheiologia* (Bize, I. M. Nestor).

specii, care sunt adaptate structurii corporale ca şi condiţiilor particulare de existenţă, care decurg *de la sine,* la momentul oportun – fără ca individul să "cunoască" finalitatea comportamentului său.

După unii cercetători contemporani, *viaţa instinctuală* a omului se caracterizează prin "acoperirea" ei de către activitatea conştientă, de către înţelegere şi voinţă – ceea ce face ca ea să se manifeste, în stare pură, numai în sectoare foarte limitate (în unele mişcări expresive, de exemplu). K. Lorenz vorbeşte despre om ca despre o fiinţă cu "instincte reduse".

Pulsiunile şi instinctele cele mai importante din punct de vedere fiziologic şi biologic sunt sub dependenţa chimismului şi biochimismului organismic. Setea şi foamea sunt declanşate de modificări (perturbări) osmotice, ionice, glicemice etc. Sexualitatea este legată de hormonii gonadici. Această observaţie este foarte preţioasă pentru conturarea viziunii contemporane asupra personalităţii, viziune care pune accentul pe bazele sale biochimice (Murphy). Ea ne permite să înţelegem – pe baza aceluiaşi principiu – apariţia unor "pulsiuni" artificiale, dobândite, cum sunt toxicomaniile *(adicţiunea).*

Există o patologie a instinctelor şi o patologie generată de desfăşurarea nenaturală a vieţii instinctive. Importanţa ultimului capitol a fost exagerată de freudism.

Dacă comportamentul instinctual nu se desfăşoară mai multă vreme, se observă coborârea valorii-prag pentru excitanţii declanşatori, ca şi a exigenţei cu privire la specificitatea lor, astfel încât se poate ajunge la punerea în acţiune a lanţului de acte prin obiecte – surogat. (În cazuri extreme, pulsiunea poate declanşa comportamente "în gol", în absenţa unui excitant exterior sesizabil). O "stază" a instinctualităţii prin nesatisfacere îndelungată se reflectă la nivel organismic printr-o stare generală de nelinişte, care-i alterează comportamentul, împingându-l la manifestări de apetenţă (căutare). Asemenea fenomene se întâlnesc atât la animale, cât şi la om. "Staza" instinctuală poate determina manifestări nevrotice. Spre deosebire însă de animale, omul are la dispoziţie şi capacitatea detensionării pulsiunilor pe calea sublimării*.

* Sublimarea poate fi privită ca o expresie a *plasticităţii* instinctualităţii umane. Omul este capabil de ample satisfacţii substitutive şi de satisfacţii *simbolice.*

Înclinările noastre instinctuale suferă o inhibiţie şi o dramatizare sub influenţa colectivităţii, putând fi adaptate ca atare de individ, sublimate sau reprimate. După H. Roger, prin socializare s-a ajuns:

– de la instinctul de apărare, la arta şi ştiinţa războiului;

– de la instinctul alimentar – la arta culinară şi la ştiinţa alimentaţiei;

– de la instinctul genezic, la concepţiile idealizate ale amorului;

– de la instinctul gregar, la organizaţiile sociale şi la familia umană;

– de la instinctul de migraţie (provenit din cel alimentar), la cuceriri şi colonizări;

– de la instinctul jocului (care e primitiv o plăcere musculară), la jocurile intelectuale şi la jocurile de noroc.

După cum se vede, instinctualitatea se leagă multiplu şi pe nesimţite de valorile morale. Consecinţele morale ale transformărilor şi ale deviaţiilor instinctelor – în sens negativ ("păcate") şi în sens pozitiv (sublimări) s-ar putea sistematiza după şapte pulsiuni fundamentale:

pulsiunile	"păcat" (viciu)	sublimare morală
nutriţie	lăcomie	cumpătare
activitate (apărare, joc, curiozitate etc.)	lene	activitate
posesivitate	avariţie	abnegaţie
afirmare proprie	mândrie	modestie, umilinţă
sociabilitate	invidie	prietenie, iubirea aproapelui
agresivitate	mânie	răbdare, blândeţe
sexualitate	desfrâu	puritate morală*

* După P. Valéry, "les sept péchés captiaux sont les sept couleurs pures du spectre de l'âme du juste...".

Despre reflexele condiţionate

S-a crezut iniţial că reflexul condiţionat este un *reflex* înnăscut care a fost *condiţionat*: cu alte cuvinte, condiţionarea ar consta în faptul că, prin asociere cu un semnal S', reacţia reflexă R ajunge să fie declanşată de S' şi nu numai de excitantul (stimulul) S adecvat. S-a văzut însă că, de fapt, în general reacţia obţinută prin condiţionare este R'≠R (diferită de R) deşi, de multe ori, diferenţa este mică (sau asemănarea este mare). În general, R' cuprinde un complex de răspunsuri dintre care atenţia fiziologului s-a îndreptat spre acele componente care semănau cu R.

Faptul că pot fi condiţionate uşor reflexele care au marcat un caracter afectiv l-a făcut pe Murphy să admită că, în condiţionare, este vorba de incitarea unui proces de motivare printr-un stimul substitutiv din cauza stabilirii unei relaţii comportamentale între stimulul substitutiv şi cel original. Răspunsul condiţionat este un răspuns preparator sau anticipator al organelor care se pregătesc pentru o reducere a tensiunii; el este o pulsiune redirecţionată sau, în alţi termeni, o redirecţionare a motivelor.

Răspunsul condiţionat se stinge (extincţie) dacă stimulul substitutiv îşi pierde valoarea practică de semnalizare. Prin aceasta, condiţionarea se deosebeşte de procesul numit (de P. Janet) *canalizare* şi care constă în tendinţa de repetare a comportamentului care a dus la satisfacţie.

În canalizare, contactul direct are loc cu obiectele care aduc satisfacţie (comportamentul este *consumator*, după nomenclatura lui Sherrington), în timp ce în condiţionare, contactul se face cu semnalele preparatoare.

Condiţionarea poate fi *configurală*, adică răspunsurile sunt la configuraţii *(patterns)*. Evaluarea rapidă, neanalizată a unei persoane sau a unei situaţii (care face parte din ceea ce numim *intuiţie* – şi care joacă un rol important în psihologia diagnosticului medical şi a interacţiunii interumane din medicină) – poate fi datorită unei condiţionări configurale.

Se mai disting: *adienţa* (Holt), tendinţa de a persevera în ceea ce a constituit obiectul unei experienţe de viaţă; *compulsia de repetiţie* (Freud); *familiarizarea* (Maslow) – tendinţa de a prefera stimulii care au fost anterior obiect al experienţei; *autosusţinerea activităţilor* (G. W. Allport) prin dobândirea unei autonomii funcţionale faţă de sistemele antecedente etc. După Woodworth, orice activitate practicată are o tendinţă intrinsecă de a deveni pornire: "orice mecanism poate deveni o pulsiune".

În neuropsihologia actuală, reacţiile condiţionate se clasifică după cum urmează:

1. Reacţii condiţionate clasice (pavloviene), cum sunt cea salivară şi alte reacţii viscerale;
2. Condiţionarea instrumentală (Konorski, 1928, Skinner, 1935), cu întărire pozitivă şi întărire negativă. Termenul "instrumental" a fost propus de Hilgard şi Marquis (1941), în timp ce Skinner preferă termenul de "operant". În aceeaşi categorie intră condiţionările defensive de scăpare *(échappement, escaping)* şi de evitare.
3. Prin *legătură temporară* se înţelege o "asociere", indiferent dacă există sau nu o reacţie (ex. condiţionări sensoriale sau electrocorticale).

*

Sugestibilitatea (care joacă un rol important în patologie şi în terapeutică) poate fi definită ca aparţinând răspunsurilor condiţionate motorii la cuvinte şi la gesturi. Un ordin care întâlneşte îndoială, antipatie etc. nu este executat. Asemenea "atitudini negativiste" previn eficacitatea stimulilor condiţionaţi, ca şi alte cazuri de dominanţă. Sugestibilitatea este mai mare la persoanele mai tinere şi mai puţin inteligente (?); ea depinde larg de condiţionarea în raport cu sursele de autoritate.

Rezistenţa la sugestie ("inversul sugestibilităţii") poate fi numită *negativism:* apare în aspectele măsurabile la copilul de 8-10 luni, creşte până la 2-3 ani, apoi scade – observându-se o recrudescenţă la pubertate. Copilul dobândeşte "obiceiuri de a ignora" şi procedează adesea sfidând (prin opoziţie cu ceea ce i se cere). În experimentul de

condiţionare, se observă deseori un grup de subiecţi care "condiţionează" în direcţie greşită: răspunzând, de exemplu, prin *scăderea* fluxului salivar, în condiţii în care răspunsul majoritar (şi aşteptat) este *creşterea* acestui flux. Negativismul nu este un proces pasiv, ci întărirea (reactivarea) acelor configuraţii faţă de care interferenţa exterioară nu poate oferi obstacole; ca şi în alte procese de dominanţă, stimularea neadecvată produce o intensificare a răspunsului mai puternic. Trebuie să deosebim *răspunsurile negativiste* de *personalitatea negativistă*. Negativismul nu este tot una cu încăpăţânarea care însemnează rezistenţă aparent nemotivată (altfel decât prin amor propriu) faţă de influenţarea exogenă a actelor de comportament. El diferă, de asemenea, de perseverarea prin inerţie, automatism, prejudecată etc.

Multe reacţii organismice şi personale decurg sub chipul asocierii unui răspuns "imitativ" şi al unei riposte "simetrice". Un factor nociv întâlneşte reacţii care favorizează acţiunea sa şi riposte care se opun aproape punct cu punct. Această "viziune ipotetică" ar explica fenomene paradoxale cum ar fi refluxul condiţionat patologic, condiţionarea efectului medicamentos, unele efecte homeopatice ("cui pe cui se scoate") etc. Negativismul ar putea fi privit şi din acest punct de vedere.

Polaritatea "sugestibilitate-negativism" poate explica de ce distribuţia statistică a multor raspunsuri în testele de sugestibilitate nu este "normală" (gaussiană). Ori de câte ori situaţia nu este *impersonală*, ori de câte ori experimentativul permite apariţia unor atitudini de opoziţie faţă de sine – se obţine o bimodalitate netă. Cele două moduri exprimă complianţa extremă şi rezistenţa marcată.

Imitaţia este şi ea o problemă de condiţionare; mecanismul ei pare a fi bazat pe un "răspuns circular" care leagă stimulul, răspunsul şi percepţia. Imitaţia "mecanică" se observă în oboseala extremă şi în unele condiţii neurologice (ecolalie, ecopraxie); asemenea "ecouri" pot fi obţinute de hipnotizatori prin grija de a elimina interferenţele exogene. Imitarea deliberată este un proces mai complex, care implică percepţia detaliilor, integrarea mişcărilor, finalitate*.

* După cum se ştie, rolul imitaţiei în viaţa psihologică a fost analizată de Baldwin, iar în cea socială de către G. Tarde. Lucrări mai apropiate se datoresc lui P. Guillaume (1955). Comportarea imitativă este foarte dezvoltată la unele primate (de unde cuvântul "maimuţăreală") şi a avut importanţa sa în "umanizarea" prehominidelor.

Şi *simpatia*, considerată la nivelul ei cel mai primitiv, poate fi privită ca o manifestare a condiţionării (Humphrey). Dacă mi-am ars mâna la o flacără, mă îngrozeşte şi vederea altei mâini care se apropie de flacără. Aceste răspunsuri primitive sunt întărite de atitudinile de *identificare*, şi inhibate de atitudinile de izolare şi ostilitate. Analiza tipurilor complexe de simpatie necesită apelul la conceptele de *empatie* şi de *participare*. *Empatie* însemnează "a te pune în locul altuia", fie că e vorba de o persoană sau de un lucru. Termenul a fost creat de către esteticieni (Th. Lipps: *Einfühlung*). Este o formă a expansiunii eului (W. James). Identificarea are o mai mare componentă de atitudine activă atunci când individul îşi imaginează că joacă "rolul" altcuiva, sau un anumit rol. *Participarea* se leagă, pe de o parte, de faza de dezvoltare ontogenetică a personalităţii, caracterizată prin "indisocierea" (între eu şi non-eu) (Piaget); pe de altă parte – de gândirea magică.

Factorii psihici în dinamica sănătăţii şi a bolii (II)

Consideraţii istorice

Unitatea omului sub cele două aspecte – psihic şi somatic – este o concepţie veche devenită însă nouă prin tehnicile de investigare şi prin aplicaţiile terapeutice. Mulţi dintre medicii antichităţii afirmau unitatea somatopsihică, inclusiv influenţele reciproce dintre psihic şi somatic. Astfel, Erasistrate, luând pulsul lui Antiochus şi notând accelerarea sa la sosirea Stratorniciei, a descoperit, aşa cum spunea Parrot, că "febra de care acest prinţ era cuprins, recunoştea drept unică cauză dragostea fără speranţă pe care frumoasa regină i-o inspirase". Unele rânduri ale lui Platon indică existenţa viziunii psihosomatice la medicii traci.

Dualismul de întinsă circulaţie în cultura europeană a ultimelor milenii este un "dar al grecilor", de mare răsunet, dar şi foarte problematic ca întemeiere şi ca oportunitate (E. R. Dodols, 1965). Atitudinea medicilor antichităţii n-a fost unitară în această privinţă. Unii deosebeau boli care sunt *numai* ale sufletului (psihoze); o idee foarte răspândită era aceea după care stările afective intense erau boli sufleteşti. Filozofii antici (şi nu numai cei antici!) se considerau ca *terapeuţi ai sufletului*, deseori într-o oarecare concurenţă cu medicii. În *Corpul hipocratic*, unitatea corp-suflet este "de la sine înţeleasă", sectorul sufletesc aparţine domeniului de competenţă şi de obligaţii al medicului fără să se dea prevalenţă somei; boala atinge corpul şi sufletul. În etica stoică (Zenon din Kition, pe la 300 î.e.n.) sănătatea

nu este privită ca un bun *adevărat*, ci ca un *adiaforon*, o stare lipsită de valoare morală. Pe această linie s-a ajuns la deprecierea corpului şi la opunerea unei "sănătăţi a sufletului" faţă de "sănătatea corpului" (sau faţă de *sănătatea pur şi simplu*, văzută ca un fenomen pur somatic). Este greu să ştim dacă folosirea de către Asklepiades din Bitinia (sec. I e.n.) a unor mijloace orientate *somatic* pentru tratamentul bolilor *psihice* nu este, în mare măsură, o reacţiune faţă de stoicism.

Stoicismul a influenţat gândirea lui Areteu (sec. I e.n.). Contrar concepţiei hipocratice şi a lui Asklepiades, înclinat să sublinieze linia *somatopsihică* a interacţiunii (boala mentală era privită ca un reflex al alterării trupului), Areteu admitea că unele boli grave duc la o "purificare" a sufletului şi la dobândirea, de către acesta, a unor capacităţi extraordinare.

Pentru marele Galen, forţele sufletului sunt o consecinţă a mixturilor umorale, iar sufletul poate fi influenţat prin dietetică corporală; răspuns "tipic medical" la dualism, cu accentuarea sensului somatopsihic.

Creştinismul a dus, în repetate rânduri, la o pierdere de prestigiu a trupului (şi, implicit, a medicinii). Deşi Isus Hristos ne este prezentat nu numai ca un mântuitor al sufletului, ci şi ca un vindecător al trupurilor, vindecând prin *cuvânt* – primii apostoli şi propagatori, chiar dintre cei cu pregătire medicală (ca evanghelistul Luca) s-au preocupat exclusiv de viaţa morală. Restabilirea medicinii în cadrul creştinismului timpuriu porneşte de la teza după care şi trupul este o operă divină şi el este conţinătorul sufletului, deci persistenţa sa este "îndreptăţită". Oricum, "dualismul" este statornicit şi el îşi găseşte o expresie filosofică categorică mai târziu, la Descartes.

Se cunoaşte *dublul efect* al filosofiei cartesiene asupra dezvoltării fiziologiei şi medicinii. Aici reţinem impulsul dat cercetărilor în spirit materialist şi interpretărilor mecaniciste. Dacă Descartes admite atât influenţe psihosomatice, cât şi influenţe somatopsihice (el preconiza o ameliorare *morală* a omului cu ajutorul medicinii), urmaşii săi au eliminat, puţin câte puţin, orice idee a intervenţiei psihicului în "mecanismele" fiziologiei şi ale bolii. Acesta este spiritul care a devenit din ce în ce mai puternic odată cu progresele ştiinţelor biologice, ale anatomiei şi anatomiei patologice, ale fiziologiei şi ale biochimiei; spiritul care a pregătit, de exemplu, succesul interpretărilor *localiciste* (patologia de organ, patologia celulară).

Ar fi greşit însă să credem că în tot acest timp medicina clinică a uitat de tradiţiile hipocratice. După cum vom vedea la momentul oportun, pentru unele boli – cum ar fi cancerul – intervenţia factorilor psihici în etiologie a fost *permanent* luată în considerare începând din antichitate. Începând de la sfârşitul secolului al XVIII-lea, această idee a îmbrăcat o haină materialistă în diferitele doctrine *nerviste* (ca aceea a lui Brown, a lui Prochaska etc.). Mentalitatea medicinii "scientiste", progresiv biologizantă, fundamentată puternic pe experimentul animal şi pe teoria celulară, a neglijat însă treptat discutarea factorilor psihici în etiologia (patokineză), patogenie şi patoplastie. "Reverimentul" a început pe linie doctrinară, odată cu elaborarea psihanalizei. Apropierea *ştiinţifică* de linia tradiţională a fost marcată de etapa *patologiei funcţionale* (Krehl, von Bergmann, Siebeck, Leriche etc.) şi de lucrările privitoare la corelaţiile cerebroviscerale ale şcolii lui I. P. Pavlov.

Tratatele clasice din primele decenii ale secolului al XX-lea acordă un loc minim aspectelor psihice în etiologie şi simptomatologie. Pe de altă parte, cultura de specialitate pe care o capătă viitorul medic în universitate include prea puţine noţiuni din aşa-zisele ştiinţe umaniste. De aici, prejudecata despărţirii între afecţiuni psihice şi afecţiuni somatice, ignorarea sau viziunea simplistă privitoare la influenţele neuropsihice asupra organelor, deprecierea investigaţiilor în acest sector, ca şi a psihoterapiei.

Ideea de bază a orientărilor corticoviscerale şi psihosomatice este *integralitatea* persoanei umane. Boala nu este ceva "despărţit" de organism, "aplicat" pe acesta, ci o modalitate reacţională a organismului, în raport cu acţiunea unui agent dezechilibrant. Orice agent perturbator se adresează întregului organism, chiar dacă manifestarea bolii este locală; boala care apare în sectorul psihic are răsunet visceral, iar boala aparent "strict somatică" are implicaţii şi repercursiuni psihice, ascunse sau nu. Omul "răspunde" în *totalitate*.

Vom dezbate mai întâi influenţa "psihicului" asupra "somei" în determinarea unor boli, pe planul explicaţiei fiziologice, neurodinamice.

Aspectul corticovisceral (cerebrovisceral)

Tulburarea unei funcţii poate fi expresia leziunii unui organ; dar perturbaţiile funcţionale pot să nu se întovărăşească de nici o leziune organică decelabilă, iar prin repetarea acestor tulburări funcţionale pot apare alteraţii anatomice care devin cu timpul ireversibile, cum ar fi, de exemplu, spasmul generator de ischemie, care poate duce la gangrenă. În epoca actuală, începe să pară din ce în ce mai "naturală" ideea după care leziunile organelor nu sunt expresia unor alteraţii primitive şi autonome, ci – de multe ori – o consecinţă a tulburărilor sistemelor reglatoare.

A recunoaşte la originea tulburărilor funcţionale sau organice o dereglare neurovegetativă înseamnă a admite neurogeneza lor. În acest sens, tulburări ale "activităţii nervoase superioare" au fost puse în evidenţă în antecedentele a numeroase cazuri de boli viscerale.

I. P. Pavlov înţelegea prin termenul de "activitate nervoasă superioară" unitatea dintre psihic şi fiziologic, dintre subiectiv şi obiectiv, care îşi găseşte expresia în reflexele condiţionate, în activitatea cerebrală şi în toate reacţiile cerebrale complexe la influenţele mediului extern şi intern al organismului.

Toate stările de conştiinţă au probabil o *expresie* organică (nu numai un *mecanism* neurocerebral), iar emoţiile se întovărăşesc de modificări ale circulaţiei (prin intermediul nervilor vasomotori şi a glandelor endocrine), ale secreţiei şi peristaltismului digestiv, ale diurezei, ale glandelor etc. Repercusiunile asupra umorilor sunt atât de masive încât expresia "a-ţi face sânge rău" este literalmente exactă. O emoţie repetată, un sentiment de durată (invidia, frica, ura) pot să provoace adevărate boli. Grijile afectează considerabil sănătatea, iar oamenii nu ştiu (sau nu pot) să se apere împotriva lor, mor tineri.

Cercetând pe animale, cu o tehnică experimentală riguroasă, I. P. Pavlov şi şcoala sa (K. M. Bîkov) au arătat strânsele legături dintre modificările din scoarţa cerebrală şi funcţionarea organelor interne.

Totodată, activitatea viscerelor se repercutează asupra scoarţei cerebrale, care are o reprezentare *constantă* a funcţionării organelor

interne. Există, de asemenea, importante reflexe visceroviscerale, pornind din organe lezate.

O supraîncordare nervoasă, creată prin tendinţa de a realiza reflexe condiţionate prea complexe sau prea des repetate, pe o scoarţă slabă (sau slăbită) poate provoca apariţia unor *tulburări nevrotice*. Activitatea reflex-condiţionată, care leagă focarele de excitaţie corticală de viscere, devine dezordonată şi neadecvată bunei echilibrări a organismului, ducând la *nevroze corticoviscerale*. Prin prelungirea tulburării, ele pot să ia aspectul unui stereotip funcţional patologic sistematizat. Petrova, Usievici, Kupalov ş.a. au adus exemple ilustrative în acest sens, iar în Statele Unite aceste cercetări au fost confirmate de W. Horsley Grant.

După Bîkov şi Kurţin, *dereglarea* activităţii corticale determină *activitatea haotică* a centrilor vegetativi subcorticali pe care, în mod curent, îi controlează scoarţa. Această ipoteză conectează nervismul pavlovist de numeroasele lucrări clinice şi experimentale occidentale, consacrate diencefalului. O altă modalitate de reglare a patologiei corticoviscerale este *reflexul condiţionat patologic* care "inversează" rolul de apărare al scoarţei faţă de noxe (Dolin). Nu trebuie să uităm că orice "slăbire" a scoarţei înseamnă un deficit al instanţei defensive supreme, astfel încât *astenizarea* scoarţei cerebrale poate fi factorul hotărâtor într-o serie de boli "produse" prin "noxe externe".

Este uşor de văzut că oricare din aceste condiţii se poate realiza şi la om. Ele sunt furnizate curent de către condiţiile trepidante ale vieţii moderne, de surmenaj, de şocurile afective. Femeia posedă, din acest punct de vedere, o sensibilitate particulară care explică predispoziţia ei la nevroze corticoviscerale.

Trebuie remarcat că tulburările psihoafective care pun în joc mecanismele emoţiei (trecute în revistă în alt capitol) sunt desigur mult mai nocive, pentru că releurile emoţiei favorizează orientarea către somă a influenţelor corticale.

De fapt (după cum subliniază Delay), emoţia inhibată, care nu se întovărăşeşte de descărcarea prin gesturi şi gesticulaţii, produce un aflux de iritaţii interne care creează o stare de tensiune permanentă. De aceea, emotivii inhibaţi sunt mai predispuşi la tulburări cortico-

viscerale. Cu cât o emoţie se manifestă mai puţin în afară, cu atât este în interior mai perturbatoare, periclitând sănătatea.

Se pot enumera, la om, o serie de factori patogenetici, la care ar fi interesant de descifrat unul sau mai multe mecanisme fundamentale de dereglare (sunt mai mult de zece) descrise la animal: emoţii negative (frica, mânia); sentimente variate, ca trufia *(la maladie de l'orqueil)*, invidia, ura, gelozia, ţinând de acea "patologie a inimii" pe care a schiţat-o Maurice de Fleury; apoi tristeţea, temerea de boală, sentimentele morale (remuşcări, sentimente de culpabilitate), sentimente intelectuale (cunoaşterea răului şi reprezentarea sa mentală), tulburări ale voinţei ("boli prin carenţa voinţei"). Ele survin deseori pe un fond de tensiune psihologică permanentă (surmenaj permanent fizic şi psihic, impresie de viaţă ratată, ambiţii dezamăgite, umilinţi continui conjugale, anumite profesiuni care creează o stare de tensiune nervoasă, acţiunea de constrângere din partea altor oameni, neliniştile existenţei). La femei se adaugă (ca sursă de enervare şi insomnie) grijile menajului, educarea copiilor, un *libido* nesatisfăcut etc. Ele pot fi declanşate brusc, alcătuind adevărate şocuri psihoafective sau pot fi produse prin reprezentarea imaginativă a stării afective sau morale.

De asemenea, trebuie subliniată aici (dar nu numai aici), importanţa *cuvântului* în determinarea, accentuarea şi evoluţia unor boli. În adevăr, funcţia cuvântului constituie pentru Pavlov elementul esenţial al perfecţionării corticalităţii umane, limbajul formând o a doua categorie de semnale – *semnale ale semnalelor,* "al doilea sistem de semnalizare". Această nouă sursă de semnale este, ca şi celelalte, susceptibilă de a antrena o activitate reflex condiţionată, cu repercusiuni asupra funcţiei viscerelor atât în starea fiziologică, cât şi în starea patologică.

În lumina acestor considerente, capătă o explicaţie fiziologică numeroase fapte de mult cunoscute, care dovedesc influenţa psihicului şi a sugestiei prin grai asupra desfăşurării proceselor fiziologice şi evoluţiei proceselor patologice ale organelor interne. În legătură cu această problemă, vom reveni la subcapitolul despre iatrogenii. Un cuvânt nepotrivit, spus din greşeală sau din lipsă de tact în prezenţa

bolnavului sau adresat direct acestuia, poate duce la tulburări grave, nu numai psihice – şi foarte rebele la tratamentele obişnuite.

Aşadar, traducerea în patologie a tulburărilor activităţii nervoase superioare poate depăşi planul psihic, repercutându-se asupra organelor interne *via* hipotalamus, utilizând apoi mai multe căi, printre care trei sunt mai importante: calea endocrină, cea neurovegetativă şi cea imunitară.

Oricare ar fi importanţa cortextului în organizarea şi dezorganizarea reflexelor condiţionate, orice reacţie emoţională implică o participare bazilară. Din acest punct de vedere, ar fi mai just să vorbim de *o patologie cerebroviscerală* şi de *sindroame cerebroviscerale.* Problema relaţiilor dintre cortex şi bază, problema circuitelor corticobazilare apare ca fiind "problema centrală a psihofiziologiei" actuale (Delay).

O problemă teoretică şi practică importantă este următoarea: de ce după o traumatizare psihică aparent analoagă (de ex. cataclisme, bombardamente etc.) unele persoane prezintă perturbări şi altele nu? Legată de aceasta, se pune întrebarea: de ce manifestările morbide se localizează diferit după subiecţi, la nivelul unuia sau altuia dintre organe (la unele persoane apare boala ulceroasă, la altele hipertensiunea arterială, la altele o boală Basedow)?

Patogenă nu este numai emoţia, ci şi tulburarea reacţională (teren, temperament) în anumite condiţii de mediu. Este greşit să se opună argumente care subliniază evenimentul drept creator de tulburări (emoţie patogenă) argumentelor care accentuează rolul constituţiei (pre)morbide, "revelată" de eveniment. Nu există "evenimente" pure – ele sunt toate şi totdeauna articulate cu un context istorico-social şi, cu atât mai mult, nu există subiect "izolat" cu "constituţia sa morbidă" imuabilă. "Situaţiile patogene" sunt confruntarea unei *persoane,* în ansamblul biologic şi social respectiv, cu *evenimentul,* aspect care capătă *semnificaţie* în raport cu *subiectul* el însuşi, cu istoria şi cu relaţiile sale. Numai o analiză detaliată cu privire la *persoană – în situaţie – în mediul său,* poate să confere o valoare psihopatologică evenimentelor care declanşează, revelează, favorizează tulburarea psihică, cu repercusiunile sale somatice.

Pentru localizările variabile ale unei tulburări neuropsihice pe unul sau altul din organe, există mai multe explicaţii posibile (care nu se exclud reciproc). S-a invocat starea constituţională: organele unui individ nu au aceeaşi valoare funcţională şi nici o aceeaşi rezistenţă; sunt afectate în primul rând, atât după traume psihice cât şi după intervenţia altor noxe, organele cu rezistenţă mai mică (meiopragie funcţională).

Poate interveni şi coincidenţa traumei psihice cu o anumită afecţiune organică; sau un reflex condiţionat anterior stabilit asociază un anumit ordin de conflicte emoţionale la un anumit ordin de simptome somatice. În unele cazuri, ar fi suficientă coincidenţa traumei psihice cu o stare funcţională fiziologică deosebită a unui organ (K. Hansen): o veste neplăcută în timpul mesei, poate provoca tulburări persistente de deglutiţie. În alte cazuri, tulburările funcţionale din partea organului respectiv sunt cele ce însoţesc în mod "fiziologic" anumite traume psihice, ca palpitaţiile şi tahicardia din cauza fricii sau a unei tensiuni de aşteptare.

*

În general, pentru a face diagnosticul de afecţiune cerebroviscerală, trebuie să avem în vedere:

1. Trăsăturile temperamentale şi caracteriale particulare, eventual deosebite în antecedentele bolnavului (şi, eventual, tulburările nevrotice).

2. Condiţii de ambianţă particulară în trecutul bolnavului, constituind o stimulare psihoemoţională anormală (şocuri: traume, situaţii conflictuale = drame), care au dus la sensibilizarea sau la epuizarea sistemului nervos.

3. Relaţii cauzale, genetice, de coincidenţă între afecţiunea prezentă şi anumite traume psiho-emoţionale, în special în epoci sau în perioade cruciale de viaţă (pubertate, mariaj, naşteri, climacteriu etc.).

4. Modalitatea reacţională deosebită a individului (constituţie somatoendocrină, tip de sistem nervos, trăsături neurotice sau tulburări caracteriale), anumite stări psihologice momentane anormale (excitaţie, depresiune, anxietate, euforie etc.), pe care trauma afectivă poate mai uşor declanşa tulburările morbide.

5. Reducerea tulburărilor printr-o terapie medicamentoasă adresată sistemului nervos (central, mai ales), prin îndepărtarea (când se poate) a factorului *psihoafectiv perturbator*, prin psihoterapie.

Ni se pare oportun să insistăm asupra ultimului punct. Într-adevăr, dacă este adevărat că sistemul nervos domină fiziologic, el trebuie (după cum spune P. Bonnier) să orienteze şi terapeutica.

În tratamentul bolilor în general (şi al celor corticoviscerale în special), va trebui să ştim, în primul rând, ce este condiţionat şi ce este necondiţionat în influenţele nocive şi, în al doilea rând, să întrevedem ce fel de mecanisme nervoase patogenice avem în faţă, să ştim dacă predomină cele de natură corticală sau cele de natură subcorticală.

În tratament, vom avea de luat în considerare reglarea farmacologică a mobilităţii şi interacţiunii proceselor corticale, precum şi reglarea interacţiunii dintre scoarţă şi regiunile subcorticale. Terapia pentru sistemul nervos va completa o terapie adresată repercusiunii viscerale.

Pentru reechilibrarea sistemului nervos vom utiliza:

a) o terapie stimulantă, deprimantă sau de protecţie (hibernaţie artificială, somn prelungit, electronarcoză);

b) restructurarea conexiunilor temporare (prin şocuri);

c) o terapie condiţionată asociativă, în care, asociind de mai multe ori un mijloc curativ cu un excitant indiferent, transformăm pe această cale excitantul indiferent într-un excitant condiţionat cu efect terapeutic. Astfel, de pildă, asociind lumina unui bec verde cu un soporific oarecare, obţinem somnul numai prin luminarea camerei cu o lumină verde; sau, provocând de mai multe ori la rând o hipoglicemie insulinică prin injecţii, o obţinem mai târziu (în mai mică măsură, totuşi) injectând ser fiziologic (experienţe ale lui Povorski, Strokina ş.a.);

d) medicamente hormonale care, în afară de acţiunea lor specifică, au importanţă şi în echilibrarea sistemului nervos;

e) psihoterapia – având ca mecanism esenţial *decondiţionarea* şi crearea de "reflexe imaginative" favorabile vindecării *(recondiţionare)*. Acest rezultat se obţine prin redarea încrederii, prin susţinere morală, ca şi prin utilizarea sugestiei, autosugestiei, hipnozei, relaxării etc.

Aspectul viscerocortical (viscerocerebral)

Faptul că somaticul are o mare influenţă asupra psihicului este bine cunoscut. În explicarea acestei influenţe trebuie să se ţină seama mai întâi de accesul la creier a semnalelor interoceptive în cursul stărilor normale şi patologice ale organismului.

Nenumăratele experienţe ale lui Bîkov şi ale şcolii sale constituie un material preţios pentru înţelegerea tulburărilor care apar în scoarţa cerebrală şi centrii subjacenţi prin tulburarea interocepţiei.

Scoarţa analizează şi compară în mod permanent impulsurile interoceptive care îi vin. În cazul alterării patologice a acestor impulsuri, de exemplu la unii bolnavi care au suferit timp îndelungat de boală ulceroasă, se poate constata mult timp după excluderea sursei permanente de semnalizare (ulcerul) existenţa unor simptome de afecţiune gastrică, datorită reacţiilor vestigeale din scoarţa cerebrală la reflexul condiţionat interoceptor, format anterior şi fixat. Este de presupus că şi unele forme dureroase, observate la bolnavi după apendicectomie, colecistectomie, unele dureri fantomă la cei cu bonturi după amputaţii etc. intră în aceeeaşi categorie. De asemenea, nu este exclus ca în anumite tulburări de tipul stărilor ipohondrice să se afle un reflex condiţionat interoceptor patologic fixat.

În această ordine de idei, menţionăm *corticalizarea* unor boli organice, în special cronice. Se realizează o serie de legături viscerocorticale patologic fixate, în care, chiar dacă aspectele lezionale şi funcţionale ale viscerului se reduc prin tratament viscerotrop, rămâne polul cortical care – păstrându-se într-o stare parabiotică – nu permite o vindecare completă.

Dar alteraţiunile organice pot duce la tulburări neuropsihice şi pe alte căi: fie prin substanţe toxice produse de organe în suferinţă, fie prin substanţe hormonale care modifică activitatea nervoasă superioară (în această categorie intră excitabilitatea şi labilitatea psihică a hipertiroidienilor, apatia hipotiroidienilor, agresivitatea hipercorticosuprarenalienilor, depresiunea şi indiferenţa addisonienilor, iritabilitatea hipoparatiroidienilor etc.)

Influenţa profundă a somaticului asupra psihicului a generat vechiul dicton *mens sana in corpore sano**. Iar Descartes remarca: "Spiritul depinde atît de mult de temperament şi de dispoziţia organelor corpului, încât dacă este posibil să se găsească vreun mijloc care să facă pe oameni mai înţelepţi şi mai destoinici decât au fost până acum, eu cred că acest mijloc trebuie căutat în medicină".

Între elementul somatic şi cel neuropsihic există treceri şi aspecte intricate încât, dacă tulburări ale activităţii organelor interne pot surveni în urma influenţei scoarţei, ulterior organul modificat patologic devine la rândul său o sursă de noi impulsuri care diferă calitativ de cele anterioare, impulsuri care sosesc în mod continuu sau discontinuu la creier şi modifică starea funcţională atât la nivelul scoarţei, cât şi la nivelul centrilor subcorticali.

Recunoaşterea unei afecţiuni primitiv organice nu înseamnă de aceea renunţarea la consideraţiile cerebroviscerale cu corolarele lor practice. Afecţiunea modifică reactivitatea cerebrală la factori afectogeni. Afecţiunea organică poate să accentueze anxietăţi, temeri, obsesii.

O problemă fundamentală care trebuie lămurită este a relaţiilor organicului cu funcţionalul.

Mai întâi (şi acest lucru trebuie subliniat cu insistenţă), termenul "funcţional" trebuie aplicat *nu prin excluderea bolii organice*, ci prin constatarea unor caracteristici proprii. Punem în gardă, de asemenea, împotriva frecventei confuzii dintre "funcţional" şi "subiectiv". Altădată, neurologii şi psihiatrii confundau simptomul "funcţional" cu simptomul isteric sau chiar cu simularea.

În al doilea rând, tulburarea funcţională poate fi datorită atât alteraţiei organice, cât şi tulburării neuropsihice, după schema: **tulburare neuropsihică →tulburare funcţională→alterare organică.**

În al treilea rând, foarte frecvent avem de-a face cu o intricare de organic şi funcţional, iar afirmaţia "numai organic" sau "numai funcţional", ca şi alternativa "somatic" sau "psihic", este principial

* Rezerve la acest aforism le aducem pe parcursul întregii lucrări. Nu e mai puţin adevărat însă că dictonul are un "voluminos sâmbure de adevăr".

eronată. Aceasta cu atât mai mult cu cât întâlnim şi oscilaţii între aspectul visceral şi cel cortical, între cel somatic şi cel psihic, pe care le-am denumit *alternanţe corticoviscerale* (Athanasiu, 1958), înţelegând prin aceasta înlocuirea unei manifestări viscerale prin una psihică şi invers*.

Cu altă coloratură şi alte explicaţii, ele au fost descrise încă mai demult sub numele de "balansări psihosomatice" (Mathey, 1938).

De asemenea, mai trebuie să atragem atenţia: 1) asupra perioadei de *incubaţie* pe care o pot avea şi bolile psihice, psihosomatice sau corticoviscerale; 2) asupra debutului psihic al unor boli somatice (unele din manifestările prodromice ale hepatitei icterigene, ale bolii Pfeiffer, ale tuberculozei pulmonare, ale encefalitelor etc.) – cât şi asupra debutului somatic al unor boli psihice. Psihicul are, aşadar, "roluri" considerabile în afecţiunile somatice, fie determinându-le apariţia (afecţiuni "corticoviscerale" propriu-zise), fie modificându-le evoluţia, fie suferind repercusiuni.

Nervismul cuprinzător este cel care, admiţând posibilitatea intervenţiei corticale, este atent şi la ceea ce depinde de diencefal, de etajele superioare ale nevraxului şi chiar de reflexe şi de iritaţii locale. În cadrul unui astfel de nervism îşi găseşte loc nu numai psihogeneza şi psihoterapia, dar şi acupunctura, stimuloterapia cutanată, reflexoterapia lui G. Bonnier, tehnicile yoga etc.

Dezideratul lui I. P. Pavlov (1935) de a "traduce psihogeneza şi simptomatologia în limbaj fiziologic" este încă departe de a fi realizat. Aşa cum menţionăm şi cu alte ocazii, *caracterele specifice* ale acelei modalităţi (sau ale acelui sector) al activităţii cerebrale care se manifestă ca viaţă psihică se cer luate în considerare în practica medicală de fiecare zi. Din punctul de vedere al *medicinii antropologice*, este necesar deseori să se pună accentul pe ceea ce le *deosebeşte*. De

* Un caz personal edificator este următorul: o bolnavă, în urma unei traume psihice, face o nevroză; după un timp apare un astm. Odată cu apariţia astmului dispare nevroza, ca după vindecarea acestuia din urmă să apară tulburările psihice. Acest fel de fenomene nu sunt rare în literatura medicală. Este recomandabil să vorbim despre "coeficient nevrotic", într-un caz sau în altul.

aceea, explicaţiile corticoviscerale sunt mai "sărace" în conţinut, mai puţin individualizate, mai *puţin specifice* decât interpretările zise "psihosomatice". Pe neurofiziolog îl interesează conexiunea şi categoria funcţională, pe psihosomatician îl interesează conţinutul trăirii sufleteşti, nu numai etichetarea ei. Psihosomatica este, de aceea, mai vie, mai colorată, mai fascinantă, mai familiară. Dar medicinii cerebroviscerale (cerebrosomatice) îi revine sarcina să dezvăluie relaţiile cauzale pe care se întemeiază viaţa psihică, inclusiv interacţiunile sale cu viaţa vegetativă. De cunoaşterea acestor relaţii *cauzale* nu ne putem dispensa, dacă vrem să progresăm în *stăpânirea* vieţii psihice.

Medicina psihosomatică

Medicina psihosomatică este o orientare relativ nouă. Ea studiază aspecte ale patologiei generale în relaţie cu viaţa psihică conştientă şi – mai ales – cu cea inconştientă. Aceste relaţii sunt complexe şi încă insuficient de clare; de aceea, medicina psihosomatică are nu numai adepţi, ci şi numeroşi critici. Ar trebui să distingem, cel puţin, trei accepţiuni ale acestor orientări a medicinii moderne (Ey, Bernard şi Brisset):

1. Mai întâi, tendinţa de a înţelege datele unei situaţii patologice ţinând seama de unitatea somatopsihică a organismului. Ea are o valabilitate cu totul generală şi incontestabilă în ştiinţele despre om.

2. Termenul de psihosomatic se mai aplică pentru a desemna un simptom sau un sindrom funcţional în care se regăseşte în acelaşi timp, într-o unitate patologică, o expresie fiziologică şi o expresie psihologică *manifest coordonate*. Este vorba, de exemplu, de simptome sau de tulburări "fizice", care sunt expresia directă a unor emoţii. Acestea sunt *simptome psihosomatice elementare*, cum ar fi un spasm, un vertij, o stare acută de greaţă şi care intră totodată în domeniul patologiei generale (semne funcţionale) sau al psihiatriei (angoase, isterie).

3. Un al treilea aspect exprimă într-un mod particular şi prevalent reacţiile unui subiect la condiţiile de viaţă: este vorba de adevărate *habitus*-uri patologice de lungă durată sau ciclice, adevărate "boli" (astm, hipertensiune etc.) legate de un profil particular al persoanei. Acest ultim grup de fapte sunt "veritabilele" afecţiuni psihosomatice (afecţiuni psihosomatice "propriu-zise") constituind ceea ce unii numesc *nevrozele de organ*.

Dacă "înţelegerea" largă a psihosomaticii o face aplicabilă teoretic la orice boală umană, ea este în special necesară pentru o serie de afecţiuni determinate, cu manifestări somatice evidente, dar accesibile în primul rând (sau aproape numai) psihoterapiei. În aceste boli, fondul afectiv este puternic implicat, fără a găsi în el o "cauză" în sensul clasic (mecanicist) al cuvântului: "corp" şi "suflet" nu sunt două manifestări (sau laturi, sau zone) separate, cu interacţiune reciprocă, ale naturii umane. *Fenomenul om* (omul concret, *existenţa* umană), numai prin speculaţie teoretică, ne apare "scindat" în "corp" şi "suflet". Termenii de psihogenie, somatogenie şi corelaţie psihofizică pot crea confuzii, dacă nu sunt înţeleşi şi "mânuiţi" adecvat. În loc de a considera că simptomele isterice sunt o "conversiune" a unui conţinut psihic într-o manifestare fizică, sau că nevroza organică este un simptom întovărăşind afecte refulate, trebuie să admitem pur şi simplu că bolnavul îşi "materializează" posibilitatea de a fi fie în simptomul isteric, fie (parţial) în nevroza organică. În primul caz, raporturile cu lumea exterioară sunt mai puternice decât în al doilea caz. În isterie, omul îşi manifestă boala prin *gesturi*, în timp ce în nevroza organică factorul propriu-zis uman este mai disimulat, mai "camuflat", deşi nu lipseşte niciodată,

Medicina psihosomatică a studiat mai întâi răsunetul patologic al stărilor afective sub forma unei proiecţii în organic a reacţiilor psihologice. S-a admis că alegerea organului sau a funcţiei depinde de emoţia în cauză; astfel, agresiunea şi mânia, reprimate, provoacă o stare de excitaţie a sistemului muscular şi circulator şi o hiperfuncţie a glandelor tiroidă şi suprarenală (normal implicate în accesele de mânie); de aici, apariţia unor contracţii musculare mai mult sau mai puţin dureroase, palpitaţii cardiace, hipertensiune, iritabilitate, hiperglicemie. Dacă, dimpotrivă, individul încearcă să rezolve situaţia nu prin atac, ci printr-o reacţie de chemare în ajutor, organele care devin cele mai sensibile sunt acelea care concură la funcţiile de achiziţie, de întreţinere şi de transmitere a vieţii, adică organele digestive, respiratorii şi sexuale. Avem atunci spasme şi dureri digestive, reacţii disproporţionale de foame, ulceraţii digestive, oboseală, crize de astm, impotenţă şi frigiditate. La un individ dat, reacţiile de mânie sau de chemare în ajutor, de luptă sau de fugă, pot interveni succesiv sau combinat, chemându-se unele pe altele: mânia reprimată, gestul ostil care nu s-a putut executa antrenează mai întâi manifestările spasmodice active pe care le-am menţionat; dar ele determină, în plus, pe plan psihic, o reacţie de culpabilitate. Progresând în inconştient, sentimentul de culpabilitate subminează consideraţia faţă de propria persoană, ceea ce produce un "complex" de inferioritate sau de dependenţă în care reacţia de chemare în ajutor devine necesară. "Energia patologică" se concentrează în acest moment pe organele de nutriţie şi de achiziţie, iar simptomatologia se modifică în consecinţă, simptomele digestive urmând unei crize de hipertensiune sau de palpitaţii cardiace. Dar dacă nici această chemare în ajutor nu este satisfăcută sau nu este exprimată de subiect, acesta, printr-un fel de protest contra izolării şi inferiorităţii sale, revine într-un al treilea timp la conduita agresivă iniţială, astfel încât simptomele se schimbă încă o dată în localizarea, ca şi în expresia lor. Aşadar, simptomul psihosomatic, pentru că provine dintr-o nevoie interzisă, exprimă această nevoie *în acelaşi timp* în care o disimulează. Într-o astfel de interpretare, bolnavul psihosomatic este comparabil cu copilul care, ascuns îndărătul unei perdele, nu poate să se împiedice să o agite pentru a-şi semnala prezenţa, în timp ce se teme să nu fie descoperit.

Concepţia aceasta (pe care am rezumat-o după Morali-Daninos) porneşte de la ideea că diferitele organe au un rol specific în expresia emoţiilor; pentru acest motiv, este denumită *teoria specificităţii perturbărilor psihosomatice*.

Cercetările psihoanalitice au adus o serie de argumente de susţinere a interpretării. Ca rezultat al dezvoltării, individul câştigă în diferenţiere, dar pierde în elasticitate; cu cât fiinţa este mai structurată,

mai organizată, mai bine definită, cu atât este mai puţin capabilă să se adapteze la schimbări mari ale mediului. În anumite cazuri, în faţa schimbărilor prea bruşte, omul care nu mai are resurse adaptative încearcă să se "întoarcă" la o formă infantilă de funcţionare fiziologică (regresie). Simptomele psihosomatice ar apărea pentru că organele şi-au pierdut *capacitatea* lor de a se adapta; organul atins ar fi acela care în copilărie exprima şi satisfăcea nevoia actualmente frustată. Această reîntoarcere la un mod infantil de funcţionare fiziologică nu poate să se efectueze decât prin mijlocire nervoasă.

În ceea ce priveşte *afecţiunile (sindromele) psihosomatice*, cea mai mare parte a lucrărilor s-au axat pe cele care sunt remarcabile prin frecvenţa şi prin valoarea lor: în patologia endocrină, boala Basedow şi diabetul; în patologia cardiovasculară, hipertensiunea arterială şi infarctul miocardic; în dermatologie, pruritul şi anumite eczeme; în patologia nervoasă, migrena; adăugăm domeniul afecţiunilor alergice şi chiar reumatismul cronic.

În *boala ulceroasă* (ulcerele gastroduodenale) cu determinism "nervos" s-a căutat, în lucrări psihanalitice, să se descifreze personalitatea ulcerosului şi să se formuleze ipoteze asupra joncţiunii planurilor psiho-organice (Alexander, Margolin, Marty, Fain). S-a insistat asupra condiţionărilor afective primitive în raporturile lor cu condiţionările alimentare, punându-se în evidenţă situaţia de *dependenţă* a ulcerosului. "Nevoile afective regresive" sunt exprimate în caracter, cel mai adesea prin trăsături marcante (căutarea excesivă a independenţei, ambiţie, activitate şi agresivitate). Ulcerosul caută să compenseze prin aceasta tendinţele sale profunde la pasivitate, de unde un conflict perpetuu (ulcerul fiind expresia sa emoţională). Acesta ar fi sensul afirmaţiilor lui Alexander asupra frustraţiei nevoilor "orale" la ulceros. S-a mai remarcat că, adesea, după gastrectomie, comportarea ulcerosului se modifică, dezvăluindu-se "căutarea de pasivitate" care se disimula înainte, astfel încât vindecarea constă în armonizarea comportării generale cu comportarea gastrică (P. Marty).

În *astm şi alergie*, studiile de psihosomatică tind să deplaseze către personalitatea astmaticului interesul pe care vechii autori îl

acordau "terenului". Acest "teren" a fost chemat pentru a explica o serie de fapte neobişnuite şi bizare, cum ar fi variabilitatea alergenelor la acelaşi subiect, posibilitatea reacţiilor la mânie (astmul Trousseau), la imagini (astmul Proust) sau la visuri (Jacquelin) sau, încă, paradoxele tratamentelor. Întrucât s-a remarcat că astmaticul sau alergicul sunt bolnavi fragili din punct de vedere emoţional, s-a vorbit, între altele, de cauze declanşante, de faimosul "şoc emoţional". Mişcarea psihosomatică caută să dea o mai largă explicaţie terenului, descoperindu-i aspectele psihologice. După Alexander, se poate vorbi de un "portret" psihologic al astmaticului şi există o *semnificaţie* a crizei de astm. Frica de a pierde dragostea mamei (sau a substitutelor sale) ar constitui fondul atitudinii subiectului. Criza de astm ar reprezenta o criză de plâns inhibată. Criza de astm, dispneea expiratorie, pare să rezulte dintr-o inervare "regresivă" a funcţiei respiratorii, datorită inhibiţiei confesiunei şi a lacrimilor (Ziwar, 1956). Această interpretare nu dă socoteală de toate cazurile (Gendrot, 1953); anumite crize pot fi "echivalente alergice de angoasă", adică condiţionări ale angoasei, istoric legate de obiecte specifice. Cazurile de astm care ţin de acest mecanism ar fi deci "nevroze actuale", variantă particulară a nevrozei de angoasă. Ar fi deci de deosebit cel puţin două tipuri de astmatici, unii mai aproape de polul isteric (expresiv), mai puţin gravi; alţii mai profund "psihosomatici", la care s-ar întâlni un cumul de predispoziţii (ereditare, anatomofiziologice) şi o structură de regresie emoţională foarte profundă – aceştia ar fi astmaticii mai greu de tratat.

Cercetările moderne au regăsit intuiţii foarte vechi asupra participării factorilor emoţionali în viaţa *tuberculosului* (Laënnec). Orientarea psihosomatică insistă asupra faptelor de frustraţie în primii ani de viaţă (Porot). Tuberculosul este un "înfometat de dragoste", abandonându-se protecţiei, dependenţei, vieţii "parazitare". Când vrea să lupte împotriva acestei tendinţe, el se "consumă" într-o hiperactivitate fără măsură, un fel de "sinucidere organică" (Racamier). Noţiunea pierderii principalului sprijin afectiv în lunile care precedă începutul unei tuberculoze pulomnare este bine cunoscută de ftiziologi. Aceste noţiuni au un interes deosebit în conducerea tratamentului tuberculoşilor, care nu pot să se vindece dacă nu este vindecată "rana afectivă" (Racamier).

Hipertensiunea arterială a fost mult studiată, în special de Dunbar, fiind pusă în relaţie cu pulsiuni ostile inhibate; aceşti pacienţi pot avea tipuri de personalitate foarte diferite, dar au în comun "incapacitatea de a-şi exprima liber agresivitatea" (Alexander). De frica consecinţelor acestei exprimări, ei îşi ascund dorinţa de competiţie îndărătul unei atitudini de pasivitate. În genere, la bolnavii din această categorie, ca şi la cei cu spasme arteriale diverse, întâlnim o ambiţie reţinută cu teamă de agresivitate, astfel încât sunt întotdeauna încordaţi, temători şi posedaţi de o mânie reprimată. Laubry îi descria în acelaşi fel, ca pe nişte "fiinţe neliniştite, agitate de afaceri, de politică, de finanţe. Ei îşi stăpânesc nervii vieţii lor interioare, dar plătesc tribut acestei dominaţii prin reacţii cardiace şi vasomotorii intense şi printr-o uzură organică rapidă".

În criza anginoasă factorii emoţionali joacă (pe terenul de fond) un rol de declanşare, încât nu este posibil de a separa radical "falsa" de "adevărata" angină de piept. Cercetările psihanalitice la aceşti subiecţi au pus în evidenţă dependenţa fată de imaginea paternă.

Coronarienii au fost şi ei obiectul unei descrieri făcute de Dunbar, care insista asupra caracterului compulsiv al nevoii lor de autoritate şi asupra ardoarei la lucru. Această trasătură "specifică" a fost regăsită şi de alţi autori (Arlon, Gildea, White şi colab. etc.). Au fost însă exprimate şi păreri opuse, bazate pe studii aprofundate.

În ceea ce priveşte *tahicardiile paroxistice* – cercetările psihosomatice sunt mult mai rare, cercetătorii fiind în special interesaţi de rolul declanşant al emoţiilor. Studiind o serie de 100 subiecţi atinşi de diferite tipuri etiologice de tahicardii paroxistice, Jouve (1961) a constatat: 1) că factorii psihopatologici sunt mai frecvent întâlniţi la cei care sunt indemni de o cardiovalvulită subiacentă; 2) că trăsăturile personalităţii isterice sunt caracteristicile nevrotice cele mai frecvente.

În sectorul *afecţiunilor cutanate* s-au făcut numeroase cercetări, pruritul, eczema, psoriazisul, urticaria, dishidroza fiind totodată descrise ca sindroame în care "factorul emoţional" ar juca un rol important. O serie de psihanalişti consideră pielea ca o "zonă erogenă" importantă, nu numai prin pipăit, dar şi prin senzaţiile de temperatură şi uneori şi prin cele de durere. Echivalenţe de angoasă se pot manifesta ca tulburări cutanate (prurit anal şi perineal, urticarie) (Fenichel).

Sindroamele alergice de orice fel sunt adesea exprimate prin afecţiuni cutanate. Studiile psihosomatice ajung la un portret psihologic al alergicului, care se aseamănă cu cel al astmaticului: angoasa pierderii dragostei mamei şi inhibiţia expresiilor emoţionale rezultând din această frustraţie precoce (Ziwar). La psoriazici s-au scos în evidenţă aspecte nete de *psihastenie*. Acneicii sunt, dimpotrivă, timizi, hiperscrupuloşi, perfecţionişti. Localizarea psoriazică poate fi legată, uneori, de *conflicte:* la faţă şi păr, când conflictul este afectiv sau familial; la braţe şi gambe, când conflictul este "pragmatic" (profesie, bani); pe coapse şi genital, când conflictul este sexual (analog şi în pruritul vulvar (M. Bolgert).

Afecţiunile ginecologice sunt un domeniu predilect de manifestări psihosomatice. Sunt cunoscute amenoreele "psihogene", dintre care unele sunt interpretate de psihosomaticieni ca un refuz nevrotic sau reacţional de a accepta "rolul" feminin şi matern. În mod analog, unele menoragii sau metroragii au fost interpretate ca o exagerare a sexualităţii feminine. Dismenoreea ar exprima o "apărare spasmodică şi anxioasă" împotriva feminităţii.

Diversele forme de tulburări ale menstrei pot succeda sau coexista. Bolnavele, mai ales nevroticele, sunt instabile în *atitudinea* lor. Teamă, apărare şi dorinţă alternează adesea cu manifestările lor corporale. Trebuie amintită şi amenoreea din cadrul anorexiei nervoase. Aceste bolnave sunt cufundate într-o violentă rezistenţă împotriva oricărei necesităţi de viaţă corporală, atitudine ce poate lua diferite aspecte şi putând atinge diferite intensităţi.

Condrau a propus interpretări psihosomatice pentru unele dureri ginecologice. Astfel, cefaleele vasomotorii, migrena şi cefaleea zisă psihogenă ar fi frecvente atunci când atitudinea de apărare psihologică este întreţinută prin forţa inteligenţei şi a voinţei. Lumbalgiile ar indica o tulburare a ţinutei interioare şi a posibilităţii psihofizice de "a suporta". În fine, durerile în regiunea micului bazin (dureri anexiale, sindrom dureros al simfizei, pelvipatie vegetativă spastică etc.) ar indica o restrângere patologică a "existenţei" în domeniul genital

specific feminin. La aceste femei, se găsesc adesea tulburări în relaţiile umane, în special cu partenerul, decepţii amoroase, abandon, solitudine, apărare împotriva unei totale îndepliniri a vieţii sexuale, sau pierderea acesteia*.

O aceeaşi tensiune emoţională se poate găsi la baza a trei sindroame: fluor, incontinenţă şi durere perineală; ar fi vorba de o tulburare a raporturilor cu semenii în domeniul instinctului şi al vieţii profunde. Bolnavele luptă împotriva exigenţelor extraordinarei lor vitalităţi, inhibiţia putând pleca de la ele înşile sau fiind impusă din exterior. Prill a atras atenţia asupra faptului că societatea actuală solicită femeia pe o linie contrară esenţei sale umane; misiunea ei este de "a avea grijă" de alţii. Spre deosebire de alţi autori, el constată că problemele comunicării afective sunt mai importante decât cele sexual-genitale. Psihanaliza i se pare mai puţin adevărată terapeutic decât o "călăuzire sufletească personală".

Practicile naşterii fără dureri au primit atât o interpretare corticoviscerală, cât şi una psihosomatică.

Reumatismul psihosomatic este o noţiune care câştigă teren. Antonelli susţine că nu există reumatism fără o componentă nevrotică, distinctă de elementul psihologic consecutiv, de pildă, deformării anatomopatologice. S-a conturat un ansamblu de dispoziţii caracteriologice specifice; ele predispun la maladie, o susţin, o complică, făcând din reumatism (şi chiar din *orice* variantă de afecţiune de acest tip) o realitate patologică care ţine totodată de psihiatrie. "Personalitatea reumatismală" (sau psihoreceptivitatea la reumatism) se întâlneşte la fetele unei mame autoritare şi a unui tată şters sau absent.

După Antonelli "nevroza reumatismală" prezintă patru varietăţi: 1) nevroză pură, sau "reumatism fără obiect", la care lipseşte orice confirmare clinică, experimentală sau radiologică a simptomatologiei subiective; 2) nevroza suprapusă, la care o formă organică dovedită s-a suprapus substratului nevrotic; 3) nevroza reziduală sau

* După Iosif Macavei (1966), aceste algii se explică mai curând fiziopatologic, ca urmare a congestiei pelvine "nesoluţionată" prin orgasm. Anorgasmia determină întâi o vegetoză pelvină şi secundar o "nevroză", oarecum în sensul pavlovist al acestui termen (viscerocorticală).

"reumatismul nevrozat", unde elementul nevrotic, rămas latent în timpul bolii organice, se manifestă în mod brusc când perioada de boală organică s-a terminat; 4) nevroza somatopsihică sau "pseudo-nevroza reumatismală", care nu este decât atitudinea unui subiect deprimat sau o iritaţie consecutivă invalidităţii produsă de boală (ca în gută sau în toate formele de reumatism de tip artrozic).

Gutoşii au un profil caracterial definitoriu: o mare aviditate la lucru, dar şi în alte domenii (sport, sexualitate) – deci o aviditate de viaţă; deşi calmi în aparenţă, ei caută să evite întrebările precise, nu oferă medicului decât examenul personalităţii lor superficiale.

Rahialgiile, spondilozele, bolile spatelui de natură psihosomatică afectează de preferinţă trei regiuni. Regiunea cefei este legată de expresia tenacităţii, a încăpăţânării; sindromul cervical psihosomatic se constituie atunci când o astfel de atitudine cere un efort suplimentar cotidian: omul de afaceri – cu greutăţi pe care le disimulează; femeia care îşi ascunde o dragoste nefericită în spatele unei faţade surâzătoare. Regiunea toracică a coloanei este legată de exprimarea cronică a depresiunii şi a anxietăţii. Să ne amintim că ţinuta omului (dreaptă, curbată etc.) este foarte caracteristică pentru fire, atitudine, stare sufletească. Regiunea lombară este sediul durerilor "de oboseală"; corespunzător, lombalgiile apar la persoane pentru care viaţa cotidiană este o sarcină greu de suportat, "strivitoare". Tensiunea emoţională îşi are corelativul său în contractura musculară (Weintraub), dar în tensiunea emoţională prelungită se produce o "somatizare" spondilopatică, chiar anchilopatică. Din punct de vedere psihofarmacologic, sunt indicate medicamentele care acţionează asupra sistemului limbic.

Obezitatea este o boală care, în multe cazuri, are un coeficient psihosomatic. Alby deosebeşte un element constituţional, un element "integrativ" (de intricare corporală şi psihologică), un element de echilibru dinamic (uneori "tranzacţional") între sistemele psihofiziologice şi un element care ţine de câmpul socio-economic şi cultural (obezitatea n-are aceeaşi semnificaţie într-o ţară musulmană şi în Statele Unite). "Nivelul motivaţiilor" în obezitate este divers. Cercetarea psihologică descoperă, ca date adesea esenţiale, *valoarea*

emoţională a hranei. Mâncarea poate "umple o lipsă" (Alby) şi poate calma anxietăţi, sau sentimente de culpabilitate. La nevoi reprimate, se poate reacţiona prin cerinţă alimentară. La copil, foamea este anxiogenă, iar suptul este calmant. În regresiune, se face apel la hrană pentru a linişti anxietatea. Obezitatea este, uneori, o apărare împotriva depresiunii. Hrana exprimă afecţiune sau agresivitate, după caz. La personalităţi imature, "orale" (la "toxicomanii gurii", Held) se găsesc fixări materne puternice, *ego* slab, caracter compulsional; aceste persoane suportă cu greu frustrările şi constrângerile. Simţul realităţii este alterat la obezi; se poate vorbi de un "refugiu în obezitate". Alby observă că orice obez doreşte să fie iubit *aşa cum este*, dar se îndoieşte şi caută mereu să fie asigurat. Uneori se poate descoperi tendinţa (autopunitivă) de a deveni urât; unele adolescente "caută" să devină "obeze" atunci când se refuză feminităţii. Se mai constată frecvent defecte de activitate, aptitudine la pasivitate (Brunch). În sfârşit, există o tulburare a imaginii corpului (care contribuie la incapacitatea de autocontrol în ceea ce priveşte alimentaţia şi greutatea), poate şi o insuficienţă a capacităţilor *de exprimare*.

Atunci când se grupează trăsăturile comune (psihogramele) tuturor acestor observaţii (şi a observaţiilor privind alte boli), s-ar putea desprinde o imagine, aceea *a personalităţii psihosomatice* (Halliday), subiect foarte fragil, la care se găseşte o formă particulară de imaturaţie, în care psihismul pare insuficient de "înarmat" pentru a "distanţa" anumite conflicte şi pentru a le canaliza în conduite caracteristice ale vieţii de relaţie. Conflictele se "descarcă" atunci în aparatul viscerovegetativ.

După Marty, M'Uzan şi David, energia pulsională (în sensul pe care-l dau psihanaliştii acestui cuvânt) are trei linii de investiţie: psihologică (activitate intelectuală, fantasme, expresie verbală); comportamentală (viaţă de relaţie); somatică (viscerală). În situaţia de regresie, proceselor complexe, evoluate şi adaptative, li se substituie "scheme preformate" în domeniile respective: în domeniul mental (nevroze, psihoze); în domeniul muscular (contracturi şi paralizii isterice); în domeniul visceral ("nevroza de organ").

*

După această prezentare, să vedem, în rezumat, care sunt achiziţiile practice şi teoretice ale medicinii psihosomatice, ce au adus nou lucrările despre care am discutat întrucât acest fel de a gândi şi de a practica medicina, deşi are relaţii cu tradiţiile, poate să depăşească anumite poziţii critice şi să ridice noi probleme.

Mai întâi, medicina psihosomatică sugerează o orientare deosebită în ceea ce priveşte *etiologia bolilor*. Nu numai că se iau în consideraţie "factorii psihici" şi (în special emoţiile) printre cauzele posibile ale bolii, ca elemente izolabile într-o serie de fapte legate într-un lanţ cauzal, ci reconsideră ansamblul factorilor etiologici, într-o relaţie de cauzalitate complementară sau circulară, într-un "câmp de tensiuni". Se depăşeşte astfel opoziţia dintre cauză organică şi cauză psihică. Noţiunea lui V. Weizsäcker de *Gestaltkreis* implică un lanţ circular cu verigi fizice şi verigi psihice. În această privinţă, medicina psihosomatică reuşeşte adeseori să pună corect problema relaţiilor dintre agentul extern şi teren, să utilizeze adecvat noţiunea de "prag" şi cea de "criză", să sesizeze just importanţa factorilor de apărare, imunitate sau autosugestie etc.

Alt aspect pozitiv este acela al remanierii observaţiei clinice prin luarea în considerare a biografiei şi a situaţiilor de viaţă. Medicina psihosomatică caută să facă o "patografie", adică să degajeze boala de eticheta de accident, pentru a o înţelege în semnificaţia ei, pentru destinul bolnavului şi în raport cu trecutul acestuia. Cu ajutorul metodei corelaţiilor biografice, este posibil să se tragă o serie de concluzii foarte instructive prin simpla confruntare a faptelor patologice cu evenimentele vieţii. Alexander enumără principalele puncte din istoria individuală care ar trebui să fie explorate pentru a obţine o patografie: constituţie ereditară, traumatisme obstetricale, boli ale copilăriei, accidente fizice sau traumatice din copilărie, accidente afective din copilărie, climat afectiv familial, trăsături specifice ale părinţilor şi ale anturajului, traumatisme fizice ulterioare, experienţe afective ulterioare (relaţii interpersonale şi profesionale). Aici se poate încadra şi "observaţia psihosomatică" sau "fişa psihosomatică" preconizată de Delay, pe care o poate face orice practician interesat

de aceste perspective. Se pun în paralelă într-un tablou, an de an, datele medicale, psihologice şi sociale elementare care se pot culege de la un bolnav (aceasta s-ar putea denumi *schemă psihosomatică*), din care se degajează adesea, ca dintr-un grafic, corelaţii frapante cu valoare de indicaţie (desigur ele necesită în continuare un studiu critic).

Dintr-un anume punct de vedere, medicina psihosomatică este o continuare a psihanalizei (primii adevăraţi psihosomaticieni au fost psihanalişti, ca Groddeck). Psihanaliza a apărut ca o psihologie *reacţională* la orientarea dominantă din medicina sfârşitului secolului al XIX-lea – expresie a unui materialism disociativ strâmt, cu referinţe de bază în anatomia patologică şi în bacteriobiologie. Psihanaliza a introdus o perspectivă genetică, dinamică şi "globalistă". Dar, din alt punct de vedere, psihosomatismul se găseşte şi în prelungirea "fiziologiei lărgite" a lui P. Janet, Pavlov şi Cannon (fiziologia comportamentului, a emoţiilor etc.).

După H. Ey, contribuţia psihanalizei în patologia organelor şi a funcţiilor s-ar putea rezuma la două puncte: descoperirea importanţei patogene a frustraţiilor precoce şi punerea în evidenţă a corelaţiilor profunde dintre boală şi caracter.

Există multiple *şcoli psihosomatice* şi ele se deosebesc mai ales prin modul în care înţeleg omul.

La omul privit ca *homo reagens* (animal reactiv), manifestările psihosomatice sunt studiate: 1. pe baza reflexologiei pavloviste (F. Völgyesi, H. Kleinsorge şi F. Klumbies, N. Ischlondsky; B. Klotz vorbeşte despre "reacţii corticosomatice"), medicina psihosomatică, *în acest sens*, devine sinonimă cu medicina corticoviscerală; 2. pe baza metodologiei behavioriste şi neo-behavioriste (S. Cobb, J. Masserman, E. Spiegel) şi 3. pe baza etologiei (Th. v. Uexküll, J. Groen).

La omul privit ca *homo naturalis*, este luată în considerare psihodinamica conştientă şi mai ales aceea inconştientă; interpretată psihologic-intelectiv *(verstehend)*, şi nu neurologic-cauzal. Analiza obiectivă este uneori înlocuită şi prin interpretarea simbolică a manifestărilor. În acest grup de şcoli (şi autori) intră majoritatea celor menţionaţi anterior: Fl. Dunbar (care a căutat profilurile de personalitate), F. Alexander (care, împreună cu "şcoala de la Chicago", au analizat simptomatologia vegetativă a emoţiilor), E. D. Wittkower

(care a insistat asupra noţiunii de regresiune psihofiziologică), R. Mucchielli (pentru care boala este "o conduită printre altele" pe care *şi-o alege*, uneori, personalitatea morbidă) ş.a.

Pentru Dunbar, tendinţele în conflict sunt lupta şi fuga. Pentru Alexander, tendinţele în conflict sunt dorinţa de a primi (şi reţine) şi dorinţa de a da (sau a cheltui). Dependenţa infantilă, tendinţele agresive blocate şi narcisismul joacă un rol însemnat în interpretările şcolii de la Chicago.

Regresiunea restabileşte comunicaţiile strânse între "sferele" somatică şi psihică; substituie acţiunii psihomotorii răspunsuri vegetative (Szasz); înlocuieşte comunicaţia externă interpersonală cu o comunicare internă între sisteme de organe (Reesch) etc.

Omul privit ca *homo spiritualis* este mai curând obiectul de cercetare al direcţiei *antropologice*, decât a celeia psihosomatice. Pentru P. Christian (1953), suntem într-o dublă relaţie cu propriul nostru trup: "suntem" acest corp, dar şi "îl avem" (adică îi dăm semnificaţie, sens). *Boala* însăşi (nu numai simptomul sau sindromul) trebuie interpretată "simbolic" în legătură cu semnificaţia (sensul) ei pentru existenţa *particulară* a bolnavului. Boala devine "simbolul" *acestei* existenţe (şi nu numai reflexul unei stări deosebite de receptivitate tisulară sau viscerală, al unui anumit "teren"). După V. v. Weizsäcker, boala poate veni în întâmpinarea dorinţelor noastre; ea vine uneori la "momentul oportun" – fără a fi, prin aceasta, simulare sau autoagresiune, sau autoexpunere premeditată la primejdii. Boala este un *eveniment corporal*, care poate fi un "răspuns personal la o chemare". după V. v. Gebsattel, boala poate fi expresia nevoii de a găsi solicitudine. După Freour şi Serise (1954), există uneori, în viaţă, o atmosferă de dramă care "cheamă" catastrofa ca singura soluţie posibilă. Boala (de ex. tuberculoza), alături de nevroză şi de deciziile desperate, realizează câteodată "soluţia" unor probleme prea acute pentru subiect. Boala are o semnificaţie generală biografică, este o exteriorizare a unui *mod* de existenţă umană (R. Siebeck). Omul bolnav este "omul unei crize".

A. Mitscherlich (1954) a vorbit despre *antropologie psihanalitică*. Boala este înţeleasă ca o dramă în care procesul somatic are o valoare psihică, iar cel psihic are o expresie corporală.

*

Străduinţele psihosomaticienilor se pot caracteriza prin două mari obiective: a) acela de a aduce (de a introduce) "subiectul" în ştiinţele naturii; b) acela de a accentua asupra importanţei patogene a "factorilor afectivi". Nu ni se pare, în schimb, justificată accentuarea, până la unilateralizare, a importanţei dinamicii inconştientului. Există boli somatice cu coeficient psihic conştient sau cvasiconştient, cum ar fi obezitatea. Optica *pur somatică*, biologizantă (care domină medicina de azi), poate fi privită ca o *aproximaţie* de interes practic a unei optici integrative; a unei optici care acordă influenţelor de mediu o eficacitate directă, ca şi o eficacitate indirectă prin mijlocirea rezonanţei subiective (afective, personale).

Pentru noi, una dintre justificările majore ale abordării psihosomatice este cea legată de explicarea *specificităţii* unor manifestării somatice complexe. Excitantul, stress-ul, procesul fiziologic, simptomul - au o semnificaţie (diversă, în mare măsură personală), în universul uman. J. Delay recunoaşte mişcării psihosomatice merite indiscutabile în orientarea patologiei către organismul luat ca întreg, în sublinierea însemnătăţii "terenului"; îi găseşte o încadrare pe linia tradiţiilor hipocratice. "Personalizarea" relaţiei cauză-efect în patologie cere o analiză psihologică; analiza neurologică rareori poate depăşi stabilirea *specificităţii de tip* (tipospecificitate). Analizei psihosomatice i-a lipsit însă, de obicei, capacitatea de a sesiza dialectica alospecificităţii şi idiospecificităţii - esenţială pentru orice biologie şi psihologie "personalistă".

În sectorul "bolilor psihosomatice", sau în sfera care cuprinde pacienţii cu evidente "canale de interacţiune psihosomatică", se petrec frecvent greşeli de diagnostic, atitudine, terapeutică: un întreg capitol al *iatrogeniei*. Medicaţia psihotropă poate da complicaţii şi accidente mai neplăcute decât starea psihică ce s-a cerut influenţată. Se poate spune că orice abordare unilaterală (numai pe linie biologică ori numai pe linie sufletească sau spirituală) a acestor boli (cum ar fi migrena, neurodermita, colita ulceroasă, astmul bronşic, ulcerul duodenal) sau a acestor bolnavi, riscă să genereze tulburări iatrogene, uneori foarte grave. O primă categorie priveşte acele fenomene psihice care au un determinism somatic neglijat (în tulburări electrolitice, în hiperinsulinism, în porfiria intermitentă, în tumorile intracraniene, în insuficienţa suprarenală etc). O altă categorie de erori porneşte din supraevaluarea factorilor psihologici (cu sedare medicamentoasă excesivă, de exemplu). De pildă, o oboseală cronică, pusă pe socoteala unui conflict, poate traduce *psihic* (dar nu simbolic sau reactiv) un *hiperparatiroidism*.

Logica simplistă a lui "sau/sau" (*sau* nevroză, *sau* somatoză) poate duce la nenumărate confuzii şi erori terapeutice.

De resortul medicinii psihosomatice sunt şi fenomene mai mult sau mai puţin frecvent întâlnite, cum ar fi:

1. *Efectul placebo*, adică sugestia vehiculată prin medicamente sau alte manevre terapeutice.

2. *Accentuarea simptomelor minore* ale unei afecţiuni organic-lezionale sau organic-funcţionale, prin atitudine terapeutică neîndemânatică. Frecventă este "decompensarea" unei boli latente, prin exprimarea "fără menajamente" a diagnosticului "adevărat". Numeroase nevroze cardiace sunt generate sau întreţinute iatrogen (sau psihoiatrogen).

3. *Adecvarea reciprocă medic-pacient*. Psihosomatica pune accentul nu numai pe latura sufletească şi spirituală a bolii, ci şi pe relaţia medic-pacient. Există numeroase cazuri în care boala se ameliorează - nu la schimbarea tratamentului, ci la schimbarea medicului.

În rezumat, psihosomatica recomandă o abordare, o poziţie, o atitudine medicală în faţa bolii şi a bolnavului care este nu numai *de dorit* în practică, ci şi *necesară*. Aceasta – deşi, actualmente, întemeierea logică, metodologică, faptică, fiziologică şi chiar psihologică a psihosomaticii este *lacunară* (Lunger şi Shapiro, 1963).

Constituţie şi tip

Despre tipologie

Metoda tipologică este o metodă comună mai multor ştiinţe (ale naturii şi ale societăţii), cu o largă întrebuinţare în ştiinţele despre om. Gândirea tipologică a avut epocile sale de glorie, care au coincis, în general, cu epocile de glorie ale hipocratismului; întemeierea ei *ştiinţifică* a avut loc aproximativ între 1900 şi 1940. Gândirea tipologică a avut însă şi epoca ei de discreditare; la discreditarea (nejustificată) acestei gândiri a contribuit neînţelegerea rolului *metodologic* al tipologiilor şi înţelegerea nedialectică a noţiunii de tip. Înţelegerea nedialectică înseamnă, între altele: afirmarea determinismului *exclusiv* ereditar al constituţiei (neglijând rolul mediului); supraevaluarea rolului constituţiei în etiologie; afirmarea imuabilităţii constituţiei (ceea ce duce la un oarecare "nihilism" terapeutic). Este nedialectică ideea după care, între notele caracteristice ale unui individ ce întruchipează un tip (şi între notele caracteristice, definitorii ale tipului) există o legătură necesară, obligatorie, fără excepţii: se pierde din vedere, astfel, caracterul *ideal* (nu empiric!) al tipului, ca şi caracterul *contradictoriu* al individualităţii.

Aceasta înseamnă că tipul este o *schemă de referinţă,* aşa cum este şi tabloul clinic al unei boli. Valoarea tipologiei este orientativă. Tipul nu coincide cu individul. Tipurile sunt categorii gnoseologice. Tipul nu este un "prototip" al umanităţii, nu are înţeles de model exemplar, de *valoare* ideală. A face tipologie înseamnă, pur şi simplu, a renunţa la ideea "omului în genere", la ideea omului-abstracţie, la ideea "omului-mijlociu". A recunoaşte (sau postula) *mai multe tipuri* nu înseamnă nici a sugera o *ierarhie* a lor: nu se poate susţine că un

anumit tip constituţional, rasial, psihologic etc. este *global inferior* sau *global superior* altui tip. În caracterologii, de pildă, ne interesează *forma mentis* şi nu *gradus mentis.*

Care este utilitatea *încadrării* individului într-un cadru tipologic, utilitatea *etichetării* sale tipologice? Unele tipologii sunt adecvate pentru cunoaşterea individului. Tipologia *medicală* urmăreşte cunoaşterea reactivităţii actuale a pacientului, a corelaţiilor intraindividuale, a particularităţilor sale metabolice: ca atare, ea pune accentul pe criteriile care prezintă cel mai pregnant *dinamica* relaţiilor sale *schimbătoare* cu mediul şi preferă acele note care sunt strâns contopite în structura funcţională a persoanei. Numai în cazuri rare, individul poate fi considerat ca un *exemplar tipic,* ca o concretizare perfectă a tipului, ca o personificare a esenţelor relevate de tipologie. Tipul este mai bogat în "esenţe", în timp ce individul este mai bogat pe latură fenomenală.

Pentru Allport, tipul este un *punct de plecare,* un instrument *propedeutic.* Tipologia este "o jumătate de drum către individualitate"; tipurile ("ideale") sunt scheme de comprehensibilitate (Spranger).

Prin folosirea tipologiilor, medicul urmăreşte mai multe obiective *distincte:*

1. Situarea individului în raport cu intervalul de normalitate. *Orice* însuşire se cere a fi judecată în cadrul *variantei* constituţionale respective (un cord orizontalizat are altă semnificaţie la un longilin şi la un brevilin). *Standardul unic* de referinţă se cere înlocuit, de aceea, prin mai multe *standarde-tip;* media globală se cere înlocuită prin medii pe grupe. Reacţiile la acelaşi excitant pot fi diferite, de la o grupă tipologică la alta, nu numai ca intensitate, ci şi ca *sens.*

2. Rezumarea unei liste de caractere printr-un cuvânt. Diferitele tipologii au elaborat o galerie de tipuri împreună cu nomenclatura lor; prin referire la ele, asimilăm înfăţişarea individului examinat cu unul dintre tipurile din galerie, exact ca şi cum le-am compara cu personajul unui portret celebru dintr-o pinacotecă. Folosirii tipologiilor în acest sens nu i se poate impune nici o restricţie de ordin principial. Pentru cel care urmăreşte o *descriere plastică* cu ajutorul tipologiilor, tipologia folosită este impusă chiar de carateristicile particulare ale

individului descris. Un exemplu de utilizare în acest sens ar fi etichetarea unui individ ca "tip veneţian".

3. Schiţarea unui tablou stilizat (sau chiar "caricatural") al individului, în care scoatem în evidenţă, prin sistematizare, un ansamblu de caractere pe care-l considerăm important pentru o anumită problemă: *teoretică*, - sau *practică* -, de orientare a acţiunii. De pildă, longilinearitatea, fineţea trăsăturilor, vioiciunea fiziologică şi psihologică pot fi legate deseori de tonusul dominant al glandei tiroide. Folosirea uneia sau alteia dintre tipologii este impusă de natura problemei pe care o avem de rezolvat. În sexologie sau în endocrinologie, nu putem face abstracţie de alcătuirea morfologică a individului, în timp ce tipul de activitate nervoasă superioară (după I. P. Pavlov) este un element ce nu poate fi neglijat - într-o cercetare de psihiatrie.

4. Deducerea, pornind de la unul sau mai multe caracteristici-cheie observate efectiv ("stigmate") a altor însuşiri (îndeosebi a unor însuşiri de reactivitate) cu care primele sunt strâns legate. Acel clasic *habitus apoplecticus* semnalează predispoziţia la apoplexie. Legătura aceasta este, desigur, statistică, ea poate fi "adevărată în general şi falsă în (unele) cazuri particulare". Extrapolarea pe care o facem trebuie să fie prudentă, având mai mult caracterul unor orientări în adâncirea explorării individului. Asupra acestei *funcţii metodologice* a tipologiilor, se cere să ne oprim.

5. Unele tipologii au un rol didactic (sistematizarea mnemotehnică a unui material) sau unul taxonomic (schemele servesc pentru clasificarea faptelor şi a obiectelor, iar raportarea individului la ele se face pentru identificare, pentru diagnostic, pentru "determinare").

Metoda tipologică reprezintă, prin trei dintre obiectivele schiţate mai sus (nr. 1, 3, 4) o cale de cunoaştere *mijlocită* a esenţialului şi a individualului. Intervenţia practică ne pretinde să alcătuim o schemă aproximativă despre individ, suficientă pentru scopurile noastre (şi nu reconstituirea tuturor detaliilor, dintre care multe sunt accidentale, indiferente pentru problema pe care o avem de rezolvat). "Tipurile" sunt scheme de referinţă între care diverse detalii sunt îmbinate organic între ele; rezultă fie o imagine aproape intuitivă, vie, reflectând

îmbinarea de însuşiri care este frecvent constatată empiric, fie o schemă având înţeles cauzal, biologic sau fiziopatologic. De multe ori, schema empirică este iniţial "explicată" fantezist, dobândindu-şi abia mai târziu (sau mult mai târziu) înţelesul ştiinţific. Astfel, temperamentele hipocraticilor au fost legate în antichitate de proporţia în care se face amestecul "umorilor fundamentale" şi abia I. P. Pavlov, la începutul secolului al XX-lea, le-a găsit întemeierea în însuşiri ale activităţii nervoase superioare. Tipologiile s-au născut: 1) inductiv, empiric, prin observaţie statistică sau printr-o "intuiţie" cvasiartistică; 2) prin elaborare raţional-deductivă. În acest ultim caz, întâlnim frecvent opoziţii polare *(tip* şi *antitip)*, iar criteriul (punct de vedere) de la baza tipologiei (ce se apropie de o *clasificare* exhaustivă) este abstract. Alte tipologii de mare interes descriptiv (de ex. tipologia astrologică) sau practic (de ex. tipologia homeopatică) nu şi-au găsit încă o interpretare ştiinţifică.

Pentru ca tipologiile să fie utile ca o cale spre cunoaşterea individualităţii, este necesar să avem la dispoziţie tipologii cusprinzătoare, diverse, pentru a putea alege, în cazul concret, pe cea corespunzătoare problemei ce trebuie s-o rezolvăm. De pildă, un endocrinolog are nevoie, drept călăuză, în primul rând de o tipologie endocrină.

Trebuie subliniat faptul că încadrarea tipologică *nu este* o clasificare: un individ poate să "aparţină" la tipuri *diferite* (de exemplu, într-o oarecare măsură poate fi schizotim şi în oarecare măsură poate fi ciclotim). Desigur, el poate fi caracterizat în *acelaşi timp* de pe platforma mai multor tipologii (abordare politipologică, prin contrast cu abordarea monotipologică). Prinsă în plasa mai multor tipologii, "individualitatea nu ne mai scapă".

După H. A. Paul pot fi folosite azi, în practică, numeroase tipologii bine întemeiate dintre care unele caracterizează *tipuri totale* (Ph. Lersch), iar unele *tipuri parţiale*. Un tip *psihofizic total* este cel care reuneşte caracteristici psihice şi spirituale şi caracteristici fizice într-un complex coerent. Tipurile lui Kretschmer sunt *tipuri totale* în sens larg. Tipuri parţiale sunt, de exemplu, tipurile de percepţie, de gândire, de imaginaţie. *Oricare însuşire* poate fi punctul de plecare ale unei tipologii cu tipuri parţiale. Tipurile totale în sens restrâns, referi-

toare la viaţa sufletească şi spirituală, sunt obiectul de studiu al *caracterologiei.*

N. Mărgineanu deosebea tipologiile care ţin seama de structura psihică, de *biotipologii,* care încearcă definirea tipului de bază prin criterii biologice şi psihologice (eventual şi sociale). R. B. Cattell deosebea *tipurile-specie* (empirice, populare, discontinui) de *tipurile-continui* (cu însuşiri ce pot fi aşezate într-o scară, cu variante extreme) şi de *tipurile-sindrom* (combinaţii de calităţi şi atribute precizate ştiinţific, de "factori").

Constituţie şi biotipologie

Constituţia cuprinde note permanente şi "esenţiale" *(habitus* fizic şi psihic). Ne interesează în primul rând notele de *reactivitate* (incluzând şi modalităţile de *ripostă)* şi, îndeosebi, cele care ţin de *întreg* organismul (fenotip) şi de *persoană.*

Gândirea tipologică modernă este strâns legată de *medicina constituţională* (sau "medicina constituţionalistă"). Deşi continuă tradiţiile multimilenare ale medicinii hipocratice, medicina constituţiei reapare pe firmamentul medicinii europene în mare măsură ca o reacţie la patologia *localicistă* a lui R. Virchow ("patologia celulară") şi la *etiologismul* extrem al epocii postpasteuriene (acest curent postula caracterul - predominant sau exclusiv - *exogen* al cauzelor bolii).

Medicina biotipologică cuprinde orientările constituţionaliste care au folosit sistematic gândirea *tipologică.* Spre deosebire de "medicina persoanei", care pune accentul pe ceea ce este unic, individual, singular în bolnav - medicina tipologică caută să contureze tipuri constituţionale. Spre deosebire de diferitele caracterologii (care ţin seama exclusiv de latura psihologică a individului) şi de somatotipologii (care ţin seama exclusiv de latura somatică) - *biotipologiile* postulează corelaţii dintre habitusul fizic şi trăsături importante ale vieţii sufleteşti. Aceste corelaţii au fost intuite încă de medicina hipocratică şi de astrologie (tipuri planetare şi tipuri zodiacale).

Somatotipologii mai bine cunoscute sunt cele elaborate de către raseologi (tipurile mediteranian, alpin, dinaric, nordic etc.), de către Cl. Sigaud (1908) şi Mc Auliffe (tipurile respirator, digestiv, muscular, cerebral), de către R. Allendy (tonic-atonic, plastic-aplastic cu combinaţiile lor) etc. "Clasificarea" lui Eppinger şi Hess (1914) în vagotonici şi simpaticotonici, la care D. Danielopolu a adăugat pe amfotonici, este tot o *somatotipologie.*

Frenologia – ca studiu al psihologiei individului bazat pe particularităţile *craniene,* ca şi *fiziognomonia,* care se ocupă cu gnoseologia caracterului pornind de la trăsăturile somatice, în special ale feţei, sunt "anticipări" ale biotipologiei. Alte anticipări ale gândirii biotipologice pot fi considerate cercetările şcolii franceze de psihiatrie din secolul al XIX-lea; cu Morel şi Magnan, ele au căutat să impună ideea după care psihopatiile şi psihozele apar la individ cu tare fizice de "degenerescenţă". Pe aceeaşi linie, se înscriu lucrările şcolii italiene de "antropologie criminală" condusă de Cesare Lombroso. După cum se ştie, Lombroso susţinea - eronat - existenţa unui tip somatopsihic de criminal "înnăscut", al altuia de prostituată "înnăscută" etc. Nu putem preciza în ce măsură aceste lucrări reprezintă *spiritul şcolii* într-un mediu cultural specific. Fapt este că popularizarea şi refundamentarea ştiinţifică a noţiunii de tip constituţional a început de asemenea în Italia, în cadrul şcolii de anatomie. (De Giovanni, 1880; Viola 1909) şi ulterior - în cadrul şcolii de endocrinologie (N. Pende, 1922).

În ultimii ani, dominaţi de gândirea eredobiologică *(genetică* - în sensul restrâns al acestui cuvânt), orientarea constituţionalistă a suferit critici de principiu. Reactivitatea şi tendinţele evolutive ale individului nu pot fi puse exclusiv pe socoteala genotipului. Ceea ce ştim, din patologia generală, despre rolul sistemului nervos şi al sistemului endocrin în determinarea particularităţilor de reactivitate ale "terenului individual", sprijină acest punct de vedere. În deceniul al cincilea al secolului nostru, evidenţierea importanţei diencefalului (şi în special a sistemului hipotalamohipofizar) pentru troficitatea şi pentru viaţa vegetativă, instinctivă şi afectivă a organismului - a sugerat în mod legitim - "localizarea" rădăcinilor constituţiei în această zonă (Ch.

Richet şi Marañon, 1947; C. Belciugăţeanu, 1948). Fireşte, zonele cerebrale superioare (inclusiv corticalitatea) au o parte însemnată în determinarea temperamentului şi - mai ales - a caracterului.

Tipologia lui Kretschmer

E. Kretschmer (1921) a utilizat o metodă empirică, ectoscopic-descriptivă, întrebuinţând antropometria şi testele psihologice ca pe procedee adjuvante. Punctul său de plecare este psihiatric. Psihozele ar fi *rare exagerări* ale unor mari grupe temperamentale (caracteriale) răspândite printre oamenii normali. Există, cu multă probabilitate, o legătură între temperamente ("caractere") şi predispoziţia morbidă. Dar mai pare să existe şi o corelaţie între forma corpului şi tipul de psihoză endogenă de care este afectat individul, ceea ce se verifică şi în cazul normalităţii (ca o corelaţie între constituţia corporală şi *forma mentis).* Nu este vorba de un *paralelism* între diferitele planuri ale fiinţei, ci de o unitate structurală a fiinţei, expresie a unui acelaşi "nucleu" al persoanei. Acest "nucleu" poate fi căutat în diencefal, cu participarea esenţială a complexului funcţional hipotalamohipofizar. Un puternic curent constituţionalist a "simpatizat" (între anii 1935 şi 1945) cu ideea după care tipul schizotim-leptosom este, de fapt, un tip de *insuficienţă* hipotalamohipofizară.

Ca şi constituţionaliştii italieni, Kretschmer distinge trei tipuri morfologice fundamentale (dintre care două sunt tipuri extreme) cărora le corespund trei tipuri fundamentale de temperament, mentalitate, "caracter":

1. *Tipul picnic* care se caracterizează prin cap rotund (frecvent cu chelie). Faţă rotundă, gât scurt, breviliniaritate, trunchi plin şi rotund, membre subţiri (cele inferioare fiind relativ scurte). Din punct de vedere psihic, picnicii reacţionează ca persoană unitară; sunt *sintoni* (E. Bleuler) şi sociabili - comunicând şi fiind în acord afectiv cu ambianţa. Ei sunt preocupaţi mai curând de aspectele concrete ale realităţii, de aspectele globale, de relaţii. Sunt mai curând "empirişti". Viaţa lor sufletească se desfăşoară prin oscilaţii (cicluri) între euforie şi depresiune, prin perturbarea aşa-numitei *proporţii diatezice.* Tipul caracterologic corespunzător celui picnic-somatic este cel *ciclotim* (ciclotimic), varianta premorbidă fiind *cicloidia* (prezentă la *cicloizi).*

2. Tipul *leptosom* (cu varianta sa extremă: tipul *astenic)* se caracterizează prin faţă ovoidă uscăţivă, gât lung, corp subţire, torace lung şi plat, longiliniaritate (leptomorfie, dolicomorfie), adipozitate (şi musculatură) reduse. Tipul caracterologic corespunzător este *schizotimul* - tipul premorbid fiind *schizoidul.* Afectivitatea schizotimului nu este unitară, (coexistă tendinţe şi aprecieri diverse şi chiar antagoniste, *ambivalente),* atenţia este divizibilă. Ei sunt (sau par) închişi, enigmatici, reci, indiferenţi la lumea din jur sau chiar ostili faţă de mediu - aşadar nesociabili. Conduita lor este frecvent neadecvată, bizară. Gândirea lor este abstractă, cu capacitatea de a sesiza detaliile; există o predilecţie pentru neobişnuit. Viaţa sufletească a schizotimilor este complexă, profundă, spasmodică, proporţia de "elemente contrarii" schimbându-se prin crize şi sacade (şi nu lin, prin ondulaţii, ca la sintoni). Oscilaţiile se fac între polul obtuz şi cel iritabil, între insensibilitate şi hipersensibilitate, între apatie şi afectuozitate (prin perturbarea aşa-numitei "proporţii psihestezice"). Dintre leptosomi se recrutează mulţi teoreticieni, formalişti, sistematicieni, fanatici.

3. Tipul *atletic* se caracterizează prin corp înalt, de construcţie solidă; capul este adesea rotund, corpul este bine proporţionat (mediolin, mezomorf). Atleticul este liniştit în mişcări, mai curând greoi; imaginaţia este redusă, dar perseverenţa este remarcabilă. Radicalul constituţional al vieţii "atletotimilor" este "viscozitatea psihică" (Kretschmer şi Enke, 1935), dar întreruptă de manifestări paroxistice, *explozive.* De altfel, predispoziţia neuropatologică este către epilepsie, iar cea psihiatrică, spre intemperanţă şi catatonie.

Alături de aceste tipuri "normale", Kretschmer deosebeşte şi tipuri *displastice* (net "anormale", submorbide sau chiar morbide), de exemplu gigantismul eunucoid, adipozitatea distrofică etc.

S. Eitner a arătat că tipologia lui Kretschmer devine mai maniabilă în cercetările medicale curente dacă se face o "corecţie pentru continuitate", deosebindu-se următoarele categorii: astenici, leptosomi, leptosomi-atletici (aceste trei categorii alcătuiesc "aripa

stângă"), atletici, atleto-picnici, picnici (aceste două ultime categorii alcătuind o "aripă dreaptă").

După K. Conrad, picnomorfismul se apropie de tipul morfologic şi psihologic infantil, în timp ce varianta leptomorfică este aceea care prezintă trăsăturile maturităţii.

Tipologia lui Sheldon

Cercetările biopatologice ale *şcolii americane* sunt ilustrate de către rezultatele lui W. H. Sheldon. În clasificarea formelor constituţionale pe care o propune, Sheldon foloseşte o nomenclatură embriologică, ţinând seama de dezvoltarea şi de rolul în economia organismului a derivatelor celor trei foiţe embrionare:

1. Tipul "visceral" este tipul *endomorf:* "rotund", afabil, iubitor de comodităţi, de spectacole şi de tovărăşie, curios şi tolerant, satisfăcut de sine însuşi, ataşat de familie şi de trecut.
2. Tipul *mezomorf* are sistemul muscular şi cardiovascular bine dezvoltate: puternic, plin de energie, poate dur, curajos, combativ şi chiar agresiv, iubitor de aventură şi de excitaţii, cu tendinţe dominatoare, trăind mai ales în prezent.
3. Tipul *ectomorf* are sistemul nervos dezvoltat şi sensibil. Este de obicei slăbănog şi fragil, cu mişcări dizarmonice, dar cu reacţii fiziologice vii. Este foarte sensibil la durere. Iubitor de singurătate, nesigur de sine, introvertit şi poate egoist, ectomorful aşteaptă fericirea de la viitor.

Diagnosticul somatotipului se face folosindu-se o scară care merge de la 1 la 7. Tipurile extreme sunt notate 7.1.1, 1.7.1. sau 1.1.7., arătându-se astfel participarea componentelor endomorfă, mezomorfă şi ectomorfă la alcătuirea somatotipului. Gândirea lui Sheldon este, aşadar, o gândire *factorială*. Scara este aplicată unor măsurători obţinute din 17 diametre ale corpului. Metodologia lui Sheldon este deci *biometrică*. Tipurile umane frecvent întâlnite se caracterizează prin formula 4.4.3. sau altele asemănătoare. Este de

menţionat, de asemenea, că W. Sheldon încearcă să reînvie obiceiul de a compara tipul fizic şi temperamentul uman, cu o specie animală, vorbind despre tipul leopard, viespe, lup, leu de mare, balenă etc. Acest obicei se întâlneşte la Della Porta în secolul al XVI-lea şi la Lavater, în secolul al XVIII-lea.

După Sheldon, temperamentul este "amestecul" a trei componente primare: viscerotonia, somatotonia şi cerebrotonia. Predominanţa viscerotoniei (legată de endomorfism) înseamnă o viaţă orientată spre asimilarea şi spre conservarea energiei. Predominanţa somatotoniei (legată de mezomorfism) înseamnă o viaţă orientată spre mişcare, spre utilizarea viguroasă a energiei. Cerebrotonia (legată de ectomorfism) se manifestă prin inhibarea exprimării viscerotonice şi somatotonice, cu hipersensibilitate. Viscerotonia este o orientare infantilă; somatotonia - una tinerească; cerebrotonia - una matură sau chiar bătrânească.

*

Similară biotipologiei lui Sheldon, biotipologia lui M. Martiny vorbeşte despre endoblast, cordomezoblast şi ectoblast. Endoblasticul (care se "suprapune" parţial peste digestivul lui Sigaud şi peste brevilinul astenic al lui N. Pende) este un hipoevoluat pseudoinfantil. Mezoblasticul este un respirator (brevilin stenic); cordoblasticul - un muscular (longilin stenic), iar ectoblasticul este un cerebral (longilin astenic). Fiecare tip are caracteristici biochimice, metabolice, endocrine, psihice - ca şi predispoziţii morbide conturate mai mult sau mai puţin clar. Ceea ce este îndeosebi de reţinut, pentru noi, este concluzia lui Martiny după care patologia mentală este o patologie a *mixotipurilor*. Endomezoblasticul poate deveni un criminal sadic; ectocardoblasticul este predispus la psihastenie; ectoendoblasticul s-ar întâlni frecvent printre perverşii sexuali etc.

Caracterologiile

Dacă Aristotel cunoştea "un fel de a fi" propriu indivizilor *(ethos, habitus)*, "caracterele definite prin trăsături distinctive" apar la Teofrast (sec. IV î.e.n.), mai ales ca o descriere de defecte tipizate. Pe aceeaşi linie a "portretelor" merge şi La Bruyère, iar ideea de caracter este o idee de bază în literatura morală clasică. În psihologia ştiinţifică este de reţinut opera de pionierat a lui Descuret (1942), intitulată *Médicine des passions*, şi opera *fundamentală* a lui Ribot (1892).

Dacă admitem definiţia lui La Senne (1930), după care caracterul este "ansamblul dispoziţiilor care formează scheletul mental al unui om", caracterologia trebuie să includă şi reconsiderarea tipologiei hippocratice. O astfel de reconsiderare au încercat-o printre alţii, Heymans şi Wiersma (1908), I. P. Pavlov.

Legarea particularităţilor temperamentale şi caracterologice de particularităţi *funcţionale* ale organismului (reflexologie, endocrinologie, sistem vegetativ) şi a celor caracterologice de factorii sociali - sunt obiective complementare ale oricărei cercetări caracterologice moderne. Cercetarea rolului *vicisitudinilor vieţii individuale*, formarea caracterului a fost efectuată, mai ales de către psihanalişti.

Caracterologia lui Heymans, Wiersma, La Senne

În multe caracterologii moderne se simte influenţa lui Gross care a vorbit (1902) - în cadrul dinamicii psihice - despre o *funcţiune primară* (consumarea resurselor nervoase primitive, corespunzând unei activităţi mentale pozitive) şi despre o *funcţiune secundară* (reconstituirea resurselor cheltuite corespunzând şi persistenţei expe rienţelor trecute).

Preponderenţa funcţiunii primare dă o reactivitate şi o adaptabilitate uşoară, spirit practic, aderenţă la concret, forţă a impulsurilor. Preponderenţa funcţiunii secundare duce la absorţie de către viaţa interioară, abstracţii şi amintiri: personalitatea este lipsită de unitate, *rezonanţele* afective sunt însemnate. "Secundarii" pierd în întindere

ceea ce câştigă în profunzime. Ţinând seama de acest punct de vedere, Heymans (1907), în urma prelucrării a 2.000 de chestionare, a "transformat" doctrina clasică hipocratică într-o caracterologie empirică, deosebind patru tipuri cu predominenţa funcţiunii primare (amorful, nervosul, sanguinicul şi colericul) şi patru tipuri "secundare" (apaticul, sentimentalul, flegmaticul şi pasionatul).

Opoziţia "primar/secundar" se referă în primul rând la însuşirea reacţiei de a fi *imediată* sau *tardivă şi elaborată*. Dar această, opoziţie corespunde, într-o oarecare măsură, şi la opoziţiile ciclotim/schizotim, prezentist/non-prezentist (Paulhan), extravertit/introvertit (Jung), dilatat/retractat (Corman), extratensiv/intratensiv (Rohrschach). De predominanţa patologică a funcţiunii primare s-ar lega stările maniace, iar de predominanţa funcţiunii secundare s-ar lega schizofrenia ca şi stările paranoice.

Şi La Senne (1930, 1945) foloseşte răsunetul reprezentărilor, (după Gross), dar alături de emotivitate şi activitate (criterii luate în considerare de Heymans şi Wiersma); cele trei însuşiri fundamentale în două variante (activ şi non-activ, emotiv şi non-emotiv) dau naştere le 2^3=8 "tipuri-repere", care sunt chiar tipurile acestor autori. Iată-le exemplificate cu personalităţi celebre, şi notând totodată unele tendinţe (sau predispoziţii) morbide*:

- nervoşii (E, nA, P): Byron, Verlaine, Loti, Musset, Stendhal (psihonevroze emotive, isterie, mitomanie);
- sentimentalii (E, nA, S): Amiel, Rousseau, Vigny, Kierkegaard (nevroză; melancolie, neurastenie; psihastenie; schizofrenie);
- pasionaţii (E, A, S): Napoleon, Pascal, Louis XIV, Zola, Goethe, Hegel, Comte, Descartes, Bossuet, Nietzsche, (paranoia);
- colericii (E, A, P): Danton, Beaumarchais, Hugo, Casanova (manie);
- sanguinicii (nE, A, P): Bacon, Voltaire, Talleyrand, Giraudoux;
- flegmaticii (nE, A, S): Kant, Joffre, Bergson, Franklin, Taine (raţionalism morbid);
- amorfii (nE, nA, P): Louis XV;
- apaticii (nE, nA, S): Louis XVI (perversiuni).

* E = emotiv, nE = non-emotiv, A = activ, nA = non-activ, P = primar, S = secundar.

Însuşiri complementare luate în considerare la edificarea caracterologiilor moderne mai sunt: lărgirea câmpului de conştiinţă; "aviditatea" care corespunde egocentrismului (dar nu egoismului sau tendinţelor conservatoare); orientarea generalizantă (sintetică) sau particularizantă (analitică) a inteligenţei. După Gaston Berger (1950), mai putem ţine seama de următoarele *proprietăţi tendenţiale:*

- polaritatea "marţiană" (a impune) sau "venusiană" (a seduce);
- tandreţea (altceva decât altruismul sau decât "bunătatea");
- forţa intereselor senzoriale (inclusiv interesul pentru artă);
- pasiunea intelectuală (tendinţa de a "utiliza inteligenţa", indiferent de capacitatea acesteia; gustul ideilor, al analizei psihologice, al dificultăţii "teoretice".

Fiecărei variante caracterologice îi corespunde o atitudine faţă de boală şi faţă de medic, după cum s-a străduit să arate Torris şi după cum vom detalia la momentul oportun.

Acestor variante caracterologice le corespunde şi o anumită atitudine faţă de medicină şi faţă de bolnavi, *din partea medicului,* (Tilitchéef).

Alte caracterologii

1. Caracterologia psihanalitică (S. Freud, Ana Freud ş.a.) priveşte caracterele curent întâlnite ca fiind fixări sau arierări la stadii infantile ale dezvoltării lui *libido sexualis* (caractere: oral, anal, uretral, falic, narcisic, masochist) - în timp ce caracterul "genital", franc dezvoltat, este un ideal rareori atins.

2. Tendinţele de a găsi opoziţii *polare* în lungul unei dimensiuni se întâlnesc şi la caracterologie. Încă Fr. Schiller opunea pe *naivi, sentimentalilor;* Nietzsche deosebea pe *apolinic* de *dionisiac;* C. Spitteler (1881) vorbea despre Epimeteu şi Prometeu; O. Gross distingea pe *reflexivi* şi pe *expansivi;* Worringer (1911) opunea "obiectivizarea" propriei sensibilităţi *(Einfühlung)* – abstracţiunii; W. James clasifica pe filosofi în *raţionalişti* ("fixaţi" pe idee) şi în *empirişti* (atenţie la fapte); W. Ostwald (1903) opune tipul de savant

clasic (temeinic, profund) celuia *romantic* (rapid, impetuos, nesistematic, poate superficial). Se remarcă multe corespondenţe cu tipologia lui I. P. Pavlov şi Ivanov-Smolenski, bazată pe predominanţa *primului* sau celui de-*al doilea* sistem de semnalizare.

3. C.G. Jung (1921) deosebeşte două tipuri iraţionale: *perceptivul* şi *intuitivul* - şi două tipuri raţionale: *afectivul* şi *reflexivul.* Fiecare dintre ele poate să se asocieze unui tip fundamental de comportare, atitudine, orientare: *extravertitul* (îndreptat spre lumea exterioară) şi *introvertitul* (interiorizat). Fiecare dintre atitudini poate fi, în sfârşit, activă ("voită") sau pasivă ("suferită"). Extraversiunea înseamnă dirijarea spre obiect a energiei psihice, interes pentru realitate, adaptare până la identificare. Destinul extravertiţilor este determinat de obiectele intereselor lor. Introvertiţii sunt cei care pun accentul pe "realitatea subiectului", care determină în mare măsură şi destinul. Extravertitul reflexiv este raţionalist; cel emotiv este isteroid; cel perceptiv este senzual ("epicureic"); cel intuitiv este "intuitivul" vorbirii curente. Introvertitul reflexiv este filosoful de "tip kantian"; cel afectiv este un om care se consumă în viaţa sa interioară; cel percetiv este un fantezist iraţionalist; cel intuitiv poate ajunge un vizionar sau un artist fantast. Cu elemente mixte se profilează *ambivertul.*

4. H. J. Eysenck a propus (1963) următoarea schemă a relaţiilor dintre genotip (identificat întrucâtva abuziv cu "factorii constituţionali") şi fenotip (identificat, în psihologie, cu comportamentul observabil). La bază se găseşte echilibrul dintre excitaţie şi inhibiţie. Mai ales sub influenţa condiţionării se ajunge la tipul extravertit respectiv introvertit, legat de trăsături primare ca: sociabilitate, impulsivitate, activitate etc. Influenţele de mediu, acţionând în continuare, generează atitudini, adică obiceiuri de gândire.

Pentru H. J. Eysenck, extravertitul se caracterizează printr-o puternică şi promptă inhibiţie *corticală* (în timp ce introvertitul se caracterizează prin comportament *inhibat).* Inhibiţia corticală înseamnă inhibiţia centrilor superiori inhibitori şi ca atare este o dezinhibiţie a comportamentului. Condiţionarea se face deci mai dificil la extravertiţi, ceea ce are importanţă în patogenia nevrozelor (şi, poate,

a criminalităţii). Nevroticii condiţionează rapid şi astfel dobândesc un mare număr de răspunsuri emoţionale puternice şi maladaptive. Criminalii condiţionează greu şi astfel dobândesc cu greu răspunsurile condiţionate adaptative care constituie comportamentul socializat. Mai precis, bolnavii psihosomatici, ca şi obsesivii şi anxioşii, se recoltează mai ales din grupul introvertiţilor; psihopaţii, delicvenţii şi criminalii sunt mai ales extravertiţi, dar au un grad de *neuroticism*. Istericii sunt întrucâtva extravertiţi, la un grad comparabil de structură nevrotică cu nevroticii distimici.

5. Vexliard a propus înlocuirea cuplului "extraversiune-introversiune" prin cuplul *aloplastie* şi *autoplastie*, pentru a exprima aspecte mai esenţiale ale relaţiilor dintre individ şi mediu. Sunt relaţii de reacţie şi de adaptare - şi nu de atitudini. Aceste două caracteristici pot lua o formă *activă* sau *pasivă* şi astfel clasificarea întâlneşte vechea doctrină a celor patru temperamente:

a) autoplastia activă caracterizează pe cei uşor *adaptabili* la schimbarea mediului, prin *modificarea* propriului mod de a fi (om sociabil cu sociofilie multilaterală).

b) autoplastia pasivă se adaptează în mod selectiv; este posibil ca mediul social convenabil să se reducă la unul singur (sociofilie unilaterală). Persoana e *adaptată*.

c) aloplastia activă caracterizează pe cei care se adaptează la mediu modificându-l efectiv. Persoana concepe şi realizează o transformare a mediului (ceea ce merge mână în mână cu un oarecare autoritarism, sau cu abilitate). Persoana este un *adaptator*.

d) aloplastia pasivă este caracteristica nemulţumiţilor *inadaptabili*, adesea utopişti; ei concep pretutindeni transformări posibile (şi necesare), dar de obicei nu sunt capabili să le realizeze.

După cum se poate observa, tipul a) este extravertit sociabil, iar tipul b) un introvertit sociabil; tipul c) este un extravertit autoritar (un somatotonic după Sheldon), iar tipul d) un introvertit asocial (corespunzător, poate, viscerotonicului).

6. Termenii *autoplastic/aloplastic* au fost folosiţi de Ferenczi (1924) pentru variante de adaptare. Schachtel (1959) şi Heath (1965) folosesc termenii *autocentric/alocentric* pentru a desemna stadii ale

dezvoltării *cognitive*. A. Meyer (1932) a utilizat termenul *alotropic* pentru cel preocupat de ceea ce fac sau gândesc alţii.

7. *Caracterologia psihiatrică* s-a constituit pe baza apropierilor dintre caracter şi unele sindrome psihopatice, nevrotice şi psihotice. Una dintre variante a fost elaborată de către Achille Delmas şi Boll şi detaliată de către şcoala psihologică de la Cluj sub conducerea lui P. Ştefănescu-Goangă.

Stefănescu-Goangă, Al. Roşca şi S. Cupcea vorbesc (1938) despre *instabilitatea emotivă* descriind următoarele *constituţii* situate la limita normalului (sau a patologicului) şi care pot fi diagnosticate prin teste şi chestionare:

1. *Constituţia paranoidă*, cu hipertrofia eului, egocentrism şi egofilie, manifestări megalomanice şi - implicit - conflicte cu obstacole exterioare. De aci, idei de grandoare şi de persecuţie, care patologic se pot *sistematiza* (psihoze de interpretare şi revendicare).

2. *Constituţia perversă (moral insanity)* cu amoralitate, lipsă de afectivitate şi de disciplină, cruzime.

3. *Constituţia cicloidă*, cu oscilaţie între agitaţie dezordonată şi depresiune, între hiper- şi hipoactivitate, între exces şi lipsă de energie. Excitaţii şi depresivii constituţionali nu sunt decât variante ale acestui caracter, cu predominarea unui aspect.

4. *Constituţia hiperemotivă* (Dupré) este caracterizată printr-o exagerare difuză a sensibilităţii şi insuficienţa inhibiţiei reflexe şi voluntare (sensitivitate, impresionabilitate, anxietate, impulsivitate, reacţii vegetative).

5. *Constituţia schizoidă* se defineşte prin introversiune, apragmazie, detaşare de mediu, slabă sociabilitate, ambivalenţă, autism.

La acestea se adaugă stări nevrotiforme cum ar fi *constituţia psihastenică* (sentiment de insuficienţă şi irealitate, cu fobii, obsesii, idei fixe), *neurastenia* (cu fatigabilitate, cenestopatii, insomnie, ipohondrie), *constituţia isteroidă* (cu explozii emotive, sugestibilitate, fugă în boală şi în spectacol, dificultăţi în adaptarea afectivă). *Constituţia mitomaniacă* (Dupré, Delmas şi Boll) cuprinde stigmatizarea isteroidă plus tendinţa nativă, aproape irezistibilă, către fabulaţie, minciună şi simulare.

Tipuri de activitate nervoasă superioară

Cercetările şcolii lui Pavlov au căutat de-a lungul mai multor decenii să pună studiul comportamentului pe o bază fiziologică cu ajutorul unor metode obiective - metodele de studiu ale activităţii reflex-condiţionate, să stabilească diferitele tipuri de activitate nervoasă superioară la animale (în special la câini) şi să arate importanţa acestor tipuri pentru înţelegerea particularităţilor de comportament la om, în cazurile normale ca şi în cele patologice.

Activitatea nervoasă pe care o prezintă animalul reprezintă, după I.P. Pavlov, rezultatul contopirii trăsăturilor înnăscute (ereditare) cu variaţiile determinate de mediul extern: *caracterul* este *fenotipic*. *Însuşirile* luate în considerare au fost *energia* proceselor fundametale (excitaţie, inhibiţie), *echilibrul* lor şi *mobilitatea* lor. Dintre tipurile care rezultă prin combinarea variantelor acestor însuşiri, importanţă practică au numai *patru;* ele corespund, la om, celor patru *temperamente hipocratice* Caracteristicile fundamentale ale sistemului nervos îşi imprimă pecetea asupra "întregii activităţi a fiecărui individ".

De fapt, nu există superpoziţie perfectă între caracteristicile neuro-tipologice şi caracteristicile comportamentale. În cercetarea persoanei trebuie să se acorde mare atenţie deosebirii dintre reacţiile variabile şi reacţiile tipice şi, de asemenea, trăsăturilor *de caracter*. Pentru psihologia medicală este foarte important să se distingă *fondul temperamental constituţional* de rezultatul influenţării temperamentului prin boală (de obicei, bolile cronice sau serioase *slăbesc* sistemul nervos şi-l dezechilibrează).

Tipul puternic dezechilibrat corespunde colericului: este excitabil şi combativ, tahipragic şi tahipsihic, iritabil şi energic, dar lesne epuizabil. În funcţie de educaţie, poate manifesta trăsături despotice şi de brutalitate, sau de organizator. Exemple ilustrative sunt Casanova, Beaumarchais, Danton, V. Hugo - iar dintre medici, Clémenceau şi N. Gh. Lupu.

Tipul puternic echilibrat mobil corespunde sanguinicului: este omul activ şi "înfierbântat", viguros, jovial, cu tendinţa de a exagera şi de a fi "satisfăcut de el însuşi"; este foarte adaptabil. Exemple ilustrative sunt: Bacon, Voltaire, Talleyrand, Goethe (în tinereţe), Marx; dintre medici cităm pe Rabelais şi I. P. Pavlov.

Tipul puternic echilibrat (inert) este flegmatic, egal, insistent, perseverent, calm. În funcţie de nivelul de dezvoltare a personalităţii poate fi un inactiv, leneş, sau un activ metodic. Ca exemple cităm pe Erasmus, Franklin, Kant (?), Taine, Bergson, Coşbuc, Slavici, iar dintre medici, pe J. Locke.

Tipul slab este "melancolicul", cu sistem nervos evident inhibabil. Celulele corticale se epuizează rapid sub influenţa excitanţilor puternici (sau a celor monotoni acţionând îndelungat) şi apare inhibiţia supraliminară. Inhibiţia externă este mare, iar cea internă iradiază lesne (deşi poate fi slabă). Procesul de excitaţie este slab şi este slabă şi inhibiţia internă activă. Tipul slab se prezintă sub numeroase variante şi este ilustrat de creatori ca Rousseau, Vigny, Chopin, Amiel.

Tipul de activitate nervoasă ţine, în mare măsură, de raportul dintre cortex şi centrii subcorticali şi de raportul dintre primul şi cel de-al doilea sistem de semnalizare.

I. P. Pavlov şi şcoala sa au arătat că reprezentanţii tipurilor slab şi neechilibrat sunt cei mai vulnerabili în ce priveşte afecţiunile neuropsihice. Cei ce aparţin tipului slab sau puternic neechilibrat sunt predispuşi bolii hipertonice şi bolii ulceroase; ulceroşii care aparţin ultimului tip au o evoluţie mai dureroasă cu frecvente complicaţii, dar remisiunile sunt mai lungi. La bolnavii cu tip puternic, poliartrita reumatică are un caracter mai acut şi evoluează ciclic şi favorabil; la cei cu tip slab, evoluţia este ştearsă, trenantă şi gravă. La tipul inhibabil sau excitabil, evoluţia intoxicaţiilor este mai îndelungată şi mai dramatică - ea fiind favorabilă la reprezentanţii tipului puternic echilibrat.

Pentru terapeut este de mare însemnătate concluzia că *reacţiile farmacodinamice* sunt diferite, în funcţie de tipul de A.N.S. Şi pentru laic este importantă această concluzie, de vreme ce experimente instructive au fost efectuate cu ajutorul cofeinei - substanţă excitantă din cafea şi din ceai (A. Athanasiu, V. Enescu şi C. Iota, 1957). *Echilibrarea* proceselor nervoase dereglate necesită o terapeutică

diferenţiată tipologic (luminal la tipul excitabil, bromuri la tipul slab; când este slabă *atât* excitaţia *cât şi* inhibiţia - asocierea bromuri+cofeină; cloralhidrat la tipul inert).

*

Pentru psihologia şi pentru medicina umană este necesară o tipologie care să ţină seama de *cel de-al doilea sistem de semnalizare*. La *homo sapiens* au apărut, s-au dezvoltat şi s-au perfecţionat *semnale de-al doilea ordin*, semnale ale primelor semnale, sub forma sunetelor articulate. Cuvântul este, în primul rând, un "al doilea semnal al realităţii". *Vorbirea* introduce "un nou principiu în activitatea emisferelor cerebrale" - legat de abstractizare, generalizare: *gândirea umană*. În urma activităţii primului sistem de semnalizare, reflectarea realităţii este *concretă, în imagini;* în urma celui de-al doilea sistem ea este *abstractă, în noţiuni.*

I. P. Pavlov a arătat că, practic, se întâlnesc tipuri *mixte* şi tipuri cu *predominanţa* unuia dintre sisteme. Tipul *cu predominanţă a primului sistem de semnalizare* este *tipul artistic;* predominanţa celui de-al doilea sistem de semnalizare defineşte *tipul gânditor.*

Prin exagerarea patologică, aceste tipuri dau *isteria*, respectiv *psihastenia*. Diagnosticarea apartenenţei la unul dintre aceste tipuri este foarte importantă pentru *adaptarea psihoterapiei*. Receptivitatea la hipnoză este maximă la cei care aparţin tipului artistic. După Ivanov-Smolenski s-ar putea vorbi mai bine de oameni la care predomină *evident* gândirea imaginativă-emotivă şi de oameni la care predomină *evident* gândirea verbală abstractă. La primii (care sunt impresionabili şi emotivi) există un interes deosebit faţă de muzică, teatru şi literatură şi faţă de ştiinţele descriptive, - în timp ce la ultimii există un interes special pentru probleme abstracte.

Indicaţiile lui I. P. Pavlov nu au fost înţelese întotdeauna corect. *Tipul artistic* nu este, de fapt, un "tip de artist" - ci un tip cu o dispoziţie reprezentativă, cu o puternică afectivitate (fiecare eveniment psihic devine ocazia unei emoţii) - de unde şi o receptivitate particulară pentru opera artistică (afectivitatea este simpatetică); cu o

cuprindere globală, sintetică şi intuitivă a realităţii şi cu o imaginaţie figurativă care nu ignorează detaliile. Expresia este sugestivă şi vie, spontană; "logica" predominantă este o logică "afectivă".

Tipul gânditor se caracterizează printr-o mare putere de abstragere şi de schematizare; gândirea are la rândul ei un caracter ideatic, cu o slabă coloratură afectivă. Realitatea este cuprinsă segmentar, analitic - elementelor desprinse din ansamblu li se recunoaşte o "viaţă relativ independentă". Gândirea este - astfel - precisă şi pătrunzătoare, dar adesea ezitantă, critică, sceptică. Paulhan a observat cu multă ascuţime de spirit că există o *diversitate* de tipuri analitice (observatorul, clasificatorul, criticul). Tipul gânditor vede în obiectul individual conceptul general, *ideea*. Imaginaţia este combinatorie şi discursivă, mergând de la detalii la unitate (în timp ce tipul artistic merge de la unitate la detalii). Spontaneitatea este înlocuită cu dezvoltarea logică şi cu metoda. Expresia este clară, precisă, impersonală. În timp ce tipul gânditor vede mai ales formele (chiar goale de conţinut), tipul artistic nu neglijează formele vii, concrete şi emoţionante.

I. P. Pavlov a remarcat că reuniunea într-o singură persoană a unui *mare* gânditor şi a unui *mare* artist reprezintă o mare raritate în istoria omenirii şi a căutat să dea o explicaţie neurofiziologică a acestui fapt.

Tipologia şi asimetria emisferelor cerebrale

Observaţii neuropsihologice mai vechi, ca şi cercetări recente asupra pacienţilor ce au suferit transsecţiunea corpului calos (comisurotomie), au dus la convingerea că cele două emisfere cerebrale nu sunt echivalente nu numai din punctul de vedere al localizării centrilor vorbirii (prezenţi, în majoritatea cazurilor, în emisfera stângă), ci şi din punctul de vedere al altor funcţii psihice determinante pentru modul de contact cu realitatea exterioară şi "interioară". Se vorbeşte de o asimetrie cerebrală, de o dualitate a creierului şi a minţii (Oppenheimer, 1977), consecinţă a unei specializări

emisferice (Pribram). Lucrările cele mai sistematice se datoresc lui Sperry şi Levy (1968 ş.u.). Lateralizarea funcţională este exprimată grosier prin opoziţia dreptaci/stângaci; diferenţierea cu stabilizare a împărţirii funcţiilor pe emisfere are loc în primii ani după naştere (Turkewitz, 1977), deşi asimetriile morfologice (temporale şi frontale) există şi la făt (Wada). Emisfera stângă este mai aptă să recepţioneze stimulii la experienţa trecută, în timp ce emisfera dreaptă este mai aptă să prelucreze stimuli ce nu sunt uşor de identificat şi de reperat. Când cele două emisfere sunt separate chirurgical, fiecare dintre ele este capabilă să susţină o "conştiinţă" independentă, sau măcar autonomă. Datele neurofiziologice pot fi apropiate într-altfel de tema literar-filosofică a dualităţii naturii umane, a conflictului interior (într-altfel decât prin opoziţia "verticală" între cortex şi subcortex, între social-cultural şi biologic etc.). O apropiere se poate face cu ceea ce psihanaliştii (urmărindu-l pe Freud) numesc procese *primare* şi procese *secundare* (Galin, 1977). Emisfera dreaptă foloseşte, într-adevăr, un mod non-verbal de reprezentare (probabil imagini), raţionează printr-un mod non-linear de asocieri (rezolvă problemele mai ales prin convergenţă de determinanţi, decât printr-un lanţ cauzal), este superioară în sesizarea relaţiilor dintre parte şi întreg (se orientează "holistic"), cuvintele pe care le "posedă" nu sunt organizate pentru a fi utilizate în propoziţii, ci în metafore şi simboluri. Dacă admitem că emisfera stângă poate suprima unele activităţi ale emisferei drepte, sau opri accesul unor produse ale acestei activităţi (Bogen), înseamnă că se poate admite şi o activitate *deconectată* a emisferei drepte, care ar interveni în refulare şi în psihismul subconştient. Imaginile sunt un mod de funcţionare mentală mai legate de afectivitate.

Factorul critic în dezvoltarea specializării laterale ar fi interacţiunea competitivă între emisfere, competiţie susţinută de factori culturali, educaţionali, de exerciţiu. În achiziţionarea filogenetică şi ontogenetică a limbajului, emisfera dreaptă suferă o restrângere a posibilităţilor sale funcţionale: un "revers al medaliei", dar şi cea stângă renunţă în mare parte la capabilitatea de a interveni în manipularea obiectelor din spaţiu (Gozzaniga). O "perspectivă antropologică" culturală arată cum apar diferenţe de frecvenţă şi exprimare

a stângăciei, dar şi a stilului cognitiv, legate de diferenţă de sex (Dawson, 1977). Emisfera stângă se maturează mai lent deoarece, pentru copilul mic, repertoriul din domeniul somato-senzorial şi vizuospaţial este mai important pentru adaptare (Whitaker şi Ofemann).

Eccles preferă să vorbească despre emisferele *dominantă* şi *minoră*, prima având legătură strânsă cu conştiinţa, cu ideaticul, cu conceptualul, cu analiza detaliilor, cu aritmetica (este un creier de tip "computer"), cealaltă cu muzica, cu pictura, cu sinteza, cu geometria. Lobul prefrontal al emisferei dominante este locul predilect de legătură între "lumea" conştiinţei de sine şi "lumea" culturii.

Tipuri spirituale

Şi tipurile spirituale sunt "întreguri", şi ca atare ne sunt date intuitiv, deşi pot fi adâncite prin analiză. Pentru a ne orienta operaţia de *sistematică* (sau de sistematizare), recurgem, pe de o parte, la *tabelele de valori*, - pe de altă parte - la cercetarea atitudinilor în *situaţiile-limită*.

Valorile alcătuiesc lumea de preocupări a axiologiei. Omul poate fi caracterizat prin "tropismul către valori" *(axiotropism*, Eug. Speranţia) şi prin *voinţa de a fi valoare*. Există (sau poate exista) o infinitate de specii de valori; ele nu pot fi traduse în realitate (realizate, posedate etc.) simultan - şi astfel apar în concurenţă, conflict, coliziune. Omul trebuie să *aleagă;* rezultă ordonări ale valorilor după rang, ierarhizări, *tabele*. Interesul tabelelor de valori (cum le-a numit Nietzsche) stă tocmai în această *ierarhie* a lor, diferită nu numai de la o epocă social-istorică la alta, ci şi de la un individ la altul. Formularea explicită şi "justificarea" unei asemenea ierarhii alcătuieşte o *doctrină despre viaţă (Lebenslehre)*, fiecare dintre ele reprezentând una dintre valori ca pe un ţel demn *(télos)*, ca pe un *summum bonum*. La Cicero (ca şi la Plato, de altfel) "virtuţile cardinale" erau *sapientia, fortitudo, temperantia, justitia*. În lumea creştină, ţelul suprem era *sofia*, cunoaşterea spectaculară şi intuitivă a Creatorului, care duce la

credinţă, dragoste, speranţă. La Plato şi la Aristotel, cunoaşterea este un *scop în sine*, poate un scop suprem - în timp ce, la Cicero, cunoaşterea care nu duce la acţiune nu se bucura de un respect deosebit; la creştini, *valoarea* cunoaşterii era în funcţie de orientarea ei către creator. Nietzsche scria că viaţa este *oricum* suportabilă, dacă este privită ca experienţă de cunoaştere. Această idee are o valoare psihoterapeutică reală şi "suportivă" pentru *homo theoreticus*. Chiar moartea poate fi privită (cu o justificare discutabilă) drept o *supremă* experienţă de cunoaştere. Nu numai pasiunea *nobilă* a cunoaşterii, dar şi simpla *curiozitate* poate fi utilizată, pe această linie, în sens "psihosuportiv". Dar ordonarea *ierarhică* nu este singura atitudine faţă de multiplicitatea valorilor; există tipuri umane care reuşesc performanţa aprecierii lor oarecum estetice după izolarea lor, în timp ce la altele - valorile se găsesc în continuă *luptă*, luptă care poate duce la subordonare (temporară) sau la excludere.

*

De mare interes - nu numai ergonomic, ci şi medical - ni se pare tipologia propusă de Franziska Baumgarten, care deosebeşte un tip (extrem) legat de operă, de realizare *(Werkgebunden)* şi un tip legat de viaţă *(Lebensgebunden)*. Pentru primul, scopul vieţii este realizarea prin muncă, activitatea constructivă sau creatoare. În oamenii aparţinând acestui tip acţionează un "instinct" care-i îndeamnă să "facă" şi să lucreze - indiferent dacă este vorba de o creaţie artistică sau ştiinţifică, sau de o treabă de meseriaş. Munca le poate absorbi întreaga existenţă, până la "fanatism" (Nietzsche scria undeva că el nu doreşte *noroc*, ci *realizare)*. Tipul legat de muncă (activitate, operă) nu poate fi nefericit atât timp cât poate munci cu *rezultate*. Munca este aproape un scop în sine - şi nu un mijloc pentru dobândirea unor avantaje materiale sau/şi morale. De fapt, tipul *Wêrkgebunden* este un "creator", care trăieşte în virtutea unui *ţel* şi care adeseori îşi organizează viaţa după un plan care să asigure atingerea ţelului. Tipul aceste cuprinde oameni *fideli* operei lor şi gata oricând la *sacrificiu* pentru realizări de interes suprapersonal. Legătura afectivă cu ceea ce

"fac" este atât de puternică încât ea le poate perturba existenţa cotidiană şi sănătatea.

Pentru tipul legat de viaţă, viaţa nu este o "valoare prealabilă" sau o condiţie pentru realizări, ci *bunul suprem*. Munca este o obligaţie poate penibilă - nu o "necesitate vitală". Participarea la bucuriile vieţii este "idealul" cotidian. Ceea ce este "trăit" de către persoană *nu* este prelucrat pentru o ulterioară realizare obiectivă, ci *savurat*. Viaţa acestui tip decurge în mai mare măsură după întâmplare, "văzând şi făcând". Pentru primul tip "opera domină omul", pentru celălalt "omul este mai preţios decât opera". Primul se bucură de opera *sa* şi înfrumuseţează prin ea viaţa altora; tipul "legat de viaţă" îşi înfrumuseţează viaţa sa (uneori cu opera altora) şi se bucură de *existenţă*. Persoanele concrete sunt în general tipuri mixte (de exemplu Goethe şi *chiar* Einstein).

Atitudinea faţă de boală este, desigur, diferită de la un tip la altul - dar aceste aspecte nu au fost studiate (nici măcar semnalate!) de către autoare. Boala poate împiedica *realizări* sau numai accesul la bucuriile zilnice ale vieţii. Pentru un tip *Werkgebunden* este mai uşor de obţinut buna folosinţă a bolii (suferinţa poate *stimula* creaţia; creaţia poate deveni un sens al vieţii cu infirmităţi). În cazul bolilor cronice sau cu prognostic infaust, recomandaţiile terapeutice şi igienice trebuie să ţină seama de apartenenţa la un tip sau la altul. Pentru mulţi creatori, importantă este supravieţuirea *în operă*, iar optima folosinţă a zilelor care mai pot fi trăite este munca întru realizarea a ceva obiectiv, transpersonal. Compozitorul I. Stravinsky, la bătrâneţe, ezita să se trateze medicamentos pentru boli şi suferinţe reale, de teamă să nu i se altereze forţa de creaţie.

"Analiza destinului" la L. Szondi

Cercetările lui Szondi (începute în 1931) tind să acrediteze ideea că tropismul către anumite valori depinde în mod complex de factorii familiali şi ereditari; în virtutea lor, individul îşi alege" nu numai partenerul în dragoste sau în prietenie, sau profesia *(operotropism)*, ci şi boala *(morbotropism)* şi - uneori - forma de moarte *(tanatropism)*.

Opera lui Szondi (mult controversată chiar şi în Occident) încearcă să stabilească o punte între psihologia abisală şi genealogie; ea se ocupă (după expresia autorului) cu ***genealogia inconştientului***, încercând să descifreze conflictele "prepersonale", "familiale", ale "inconştientului familial". Alături de inconştientul personal (despre care a scris S. Freud) şi de inconştientul colectiv (despre care a scris C.G. Jung), Szondi introduce un al treilea sector al inconştientului, manifestat prin solicitări şi tendinţe atavice. O idee centrală a lui Szondi este aceea după care inconştientul se exprimă nu numai prin simboluri şi prin simptome, ci şi prin *alegeri;* există, după autor, un limbaj al alegerilor *(Wahlsprache)*. Faţă de potenţialităţile ereditare, ca şi faţă de tendinţele şi solicitările moştenite genealogic, eul ia poziţie de aprobare şi aderare sau prin refuz (adică prin "înot împotriva curentului strămoşesc"). Ultima eventualitate este compatibilă cu sănătatea şi cu randamentul *numai* prin socializarea şi umanizarea acestor cerinţe, pe un plan mai înalt. Individul este însă *cel mult* fenotipic sănătos; în genotip, se găsesc tendinţe atavice latente morbide. Boala mentală înseamnă o irupere a acestor pulsiuni latente.

O altă ipoteză a lui Szondi este următoarea: aceeaşi genă care "în doză totală" duce la boală sau la moarte, în "doză unică" *(in refracta dosi* sau *in dosi diminuta)* - adică la parametrii "normali" - *creşte* vitalitatea individului. Terapia preconizată este extragerea omului din "carapacea" iluziilor sale şi confruntarea cu realitatea, obligându-l la o poziţie *personală*, la restructurarea *liniei sale de destin*. Pentru că în fiecare om există mai multe potenţialităţi (corespunzătoare multiplelor "figuri dinamice" din genealogie), bolnavul poate fi ajutat să-şi aleagă destinul *potrivit*. Bineînţeles, deastinul nu este determinat numai de pulsiuni; mai intervin un destin *raţional* şi unul *social* etc.

Szondi distinge, referindu-se la bolile psihice, "cercuri genetice" *(Erbkreise)*, fiecare dintre ele având relaţii cu un *sistem de pulsiuni*. În afară de cercul schizoform *Sch* şi de cel circular, *C*, el distinge unul paroxismal *P* (cuprinzând tulburări epileptiforme şi isteriforme) şi unul *S* legat de bolile pulsiunii sexuale (perversiuni şi tendinţe agresive). Cercul *Sch* este centrat pe pulsiunea eului *(Ich-Trieb)*, iar cercul *C*, pe pulsiunile de *contact* (interuman). Fiecare dintre aceşti *vectori* este alcătuit din *factori*, şi anume: *h* (hermafroditism, homosexualitate), *s* (sadism), *e* (epiletoid) *hy* (isteroid), *k* (catatonic), *p* (paranoid), *d* (depresiv), *m* (maniac).

Fiecare dintre cele patru pulsiuni fundamentale (cu variantele sale) are caracterisitci în ce priveşte: 1) manifestările fiziologice, normale, sociale; 2) manifestările social-pozitive, pozitive la extrem; 3) manifestările extrem-negative, patologice, *delictuale*, tanatogene (sinucidere etc.).

Menţionăm că, după L. Szondi, mulţi ginecologi, sexologi, cosmeticieni aparţin tipului *Sh* (profesiuni "feminoide"). Profesiuni "androide" (potrivite pentru tipul *Ss*, cu componentă "sadică") ar fi cele de chirurg, stomatolog, anatomist, soră de operaţie. Organizatorii de sănătate sau medicii legişti sunt - după acest autor - tipuri *Pe*, "vedetele" sunt *Phy*, iar profesorii şi cercetătorii - *Sch-k;* farmaciştii şi psihiatrii, *Sch-p*.

Studiind gemeni, Szondi a căutat să măsoare participarea factorilor ereditari şi de mediu – la constituirea celor opt factori. Factori mezolabili, influenţabili uşor prin educaţie, ar fi *e, s, d* (poate şi *hy);* factorii greu influenţabili ar fi *p, h, k*.

Constituţie şi tipologie în homeopatie

Deşi homeopatia are ca principiu *individualizarea* tratamentului, pe baza unor remedii cu patogenezii complexe, bine conturate, gândirea în "categorii" tipologice nu a fost străină nici lui Hahnemann, care a deosebit grupe diatezice, constituţii morbide, "miasme" (psora, sycosis, syphilis). Prima tipologie "chimică" se datoreşte lui Grauvogl, care a deosebit trei *stări*, cu corespondenţe în biotipologiile alopatice sau homeopatice ulterioare (H. Bernard, 1951):

a) hidrogenoidul, corespunzător sycozei grase, *carbonicului*, tuberculismului florid, entoblasticului, hipercorticosuprarenalilor;

b) carbonitrogenicul, corespunzător *sulfuricului* stenic spre scleros, mezoblasticului, supraîncărcării de retenţie;

c) oxigenoidul, corespunzător unui metabolism accelerat, cu deshidratări prin tulburări de catabolism, *fosforicului*, ectoblasticului, hipertiroidianului.

Nebel (1930) a deosebit tipurile carbo-, fosfo-, fluoro-calcice, dar L. Vannier, este cel ce a definit *paranormalul* prin "intoxinaţii", legând carbonicul de psoră, fosforicul de tuberculoză şi fluoricul de lues. După Vannier, constituţia înseamnă "ceea ce este dat", prin ereditate mai ales, şi se apreciază static, cinematic şi dinamic. Aceste *prototipuri* se schimbă cu vârsta, din douăzeci în douăzeci de ani *(metatipuri)*; ele nu sunt pure, ci predominante. Temperamentul este "ceea ce devine" (prin vârstă şi mediu). El este studiat sub unghiul corespondenţelor mitologice şi planetare (tipologie astrologică: Luna şi Venus corespund la temperamente limfatice, Jupiter la cel sanguin, Marte la cel bilios, Saturn la cel atrabiliar sau melancolic, Mercur şi Soarele-Apollo, la cel nervos) - şi cu remedii corespondente sau convenabile. Diagnosticul temperamentului se face şi prin morfologie.

Zissu (în jurul anului 1960) distinge predispoziţia morbidă, constituţia, temperamentul, diateza şi "intoxinaţia". El este unul dintre cei care au subliniat importanţa unor "numere-cheie" în tipologii (cele mai întâlnite fiind tipologiile binare, ternare şi cuaternare). El constată că tipologia are, în homeopatie, "aderenţi oneşti, dar şi adversari înverşunaţi" (ca Kollitsch, Voisin). Pentru practică, el admite:

a) că sulfuricul normal poate evolua şi se poate angaja patologic înspre artritism şi alergie; înspre *psoro-sicoză* (sulfur gras, cu remediu cardinal - *Natrum sulfuricum)* sau înspre *psoro-tuberculoză* (sulfur slab, cu remediu cardinal - *Natrium muriaticum);*

b) că evoluţia carbonicului este spre *-oze* (sicoză invadată, scleroze, malformaţii);

c) că angajarea patologică a fosforicului este spre *-ite* (boli inflamatorii, demineralizare, hipertiroidism).

Sicoza nu ar fi o constituţie, ci un complex autonom (poate o suferinţă reticuloendotelială, Ilovici). Cât despre fluorism (distrofic anexat fosforismului de H. Bernard), el ar avea o bază etiologică largă (alcoolism, consanguinitate, viroze *intra-partum*, politoxine, mai puţin sifilis).

Zissu mai deosebeşte o fază *stenică* şi una *astenică* în evoluţia modelajului patologic al constituţiei (relativ stabile) şi al temperamentului (variabil, cu stadilitate de vârste). În felul acesta, se stabileşte o corespondenţă cu tipologia lui Allendy (tonic-atonic, plasticaplastic) şi cu tipologia lui Corman (dilatat, retractat). Dilatatul astenic ar corespunde la *Calcarea carbonica*, cel stenic - la *Sulfur* gras; retractatul astenic - la *Calcarea phosphorica*, iar cel stenic - la *Nux vomica;* cel concentrat - la *Aurum;* cel dispersat - *la Iodium*. Pe aceste elemente de permanenţă se înscriu tulburările efemere reactive, "stările" susceptibile de a fi tratate cu remediile individualizate, remedii care (după cum vom arăta în alt capitol), au, în patogeneza lor, o abundenţă de note şi simptome psihopatologice.

Retrospectivă

Trecerea în revistă a unor biotipologii şi caracterologii ni s-a părut utilă din mai multe motive. Ea a reprezentat, între altele, o panoramă a diversităţii sufletului uman, diversitate cu rădăcini atât biologice, cât şi cultural-sociale. Cum unul dintre ţelurile noastre este de a invita pe medic la o gândire subtilă şi neşablonizată asupra fenomenului uman, parcurgerea paginilor precedente poate fi privită ca o bună sensibilizare pentru contactul adecvat cu o realitate complexă.

Am insistat la început asupra valorii *metodologice* a tipologiilor pentru cunoaşterea, "diagnosticarea" şi înţelegerea individului. Dar în afară de valoarea heuristică, tipologia joacă şi un rol moral (Torris); "unul dintre cele mai frumoase roluri ale caracterologiei este să ajute pe oameni să se înţeleagă şi să se tolereze reciproc".

Diversitatea reacţiilor morbide şi a atitudinilor faţă de boală poate fi explicată, în mare măsură, prin consideraţii temperamentale şi caracterologice. Pe de altă parte, aceleaşi consideraţii permit o abordare comprehensivă şi diferenţiată a activităţii practice şi teoretice *medicale*.

Nu trebuie să uităm că medicina este, în esenţă, ansamblul conduitelor unui om care are intenţia să ajute pe un altul să-şi redobândească sănătatea sau, cel puţin, să-i diminueze suferinţele. Medicinii i se pot descrie aspecte morale, sociale, economice şi politice, deci interpersonale, în timp ce, în general, există tendinţa de a nu-i lua în considerare decât bazele ştiinţifice. Conlucrarea interumană poate fi bazată pe note şi roluri abstracte – atunci este *anonimă;* ea devine *interpersonală* când se bazează pe cunoaşterea particularităţilor personale, pe adecvare reciprocă, pe potrivire sau pe toleranţă caracterologică. În aceste sens, pot fi înţelese cuvintele lui Nietzsche: "trebuie să fii născut pentru medicul tău; altfel – eşti în primejdie". S-ar putea spune, deci, că noţiuni de caracterologie sunt utile nu numai medicului, ci şi bolnavului.

Trecerea în revistă a *mai multor* tipologii este utilă pentru că ele, în mare măsură, se completează reciproc; această muncă informativă are drept scop şi educarea unui spirit nedogmatic. Numărul tipologiilor de interes *medical* este mult mai mare decât cel sugerat de prezentarea noastră în cadrul acestei lucrări de psihologie medicală.

Am insistat asupra faptului că tipologiile *nu* sunt clasificări, că fiecare "aparţinem" simultan la tipurile diferite ale *aceleiaşi* tipologii. În realitatea care stă la baza acestui fapt, se găseşte o resursă psihoterapeutică însemnată. Biotipul şi caracterul *poate fi influenţat* pentru că el cuprinde "esenţe" variate, chiar contradictorii. O psihoterapie bine condusă poate realiza "mutaţii tipologice": mai greu în cazul temperamentului, poate mai uşor în cazul tipului spiritual. Însemnătatea unei asemenea mutaţii este mare atunci când este necesar să schimbăm *atitudinea faţă de boală* şi *atitudinea faţă de viaţă.*

*

"Personalitatea" cuprinde aspecte ca: morfologie, fiziologie, nevoi, interese, atitudini, temperament, *aptitudini.* Dacă aptitudinile se referă la "abilităţi", la calitatea performanţelor (de ex. gândirea logică), *temperamentul* se referă la *modul* (felul) în care se desfăşoară acţiunile. *Ceea ce face* persoana este o problemă de trăsături motivaţionale (dimensiuni *hormetice,* Guilford).

Pentru unii autori, *caracterul* cuprinde scopuri, convingeri, criterii, sentimente, hotărâre, iniţiativă, tenacitate, disciplină, definire, integritate. Elementele intelectuale din componenţa caracterului au fost subliniate mai ales de către cercetătorii sovietici (Ananiev, Kovalev, Miasiscev, Levitov, Dobrînin, Korolev etc.) şi - la noi în ţară - de către C. Belciugăţeanu şi P. Popescu-Neveanu.

Dialectica temperamentului şi a aptitudinilor reprezintă o problemă importantă a psihologiei concrete. La personalităţile puternice, aptitudinile devin mai importante decât temperamentul şi decât caracterul. Aptitudinile sunt deci "cheia" pentru înţelegerea realizărilor sociale, care nu pot fi explicate doar prin factori dinamici (C. Belciugăţeanu). Dar fără factorii energetici-motivaţionali, nu putem înţelege creativitatea (P. Popescu-Neveanu).

Am defini "axele" concepţiei noastre psihologice prin trei termeni des folosiţi: aptitudini, atitudine, "altitudine" (= nivel spiritual).

Caracter şi reacţie la boală

Reacţiile la boală depind în mare măsură de temperament şi de caracter. Folosind caracterologia Heymans-Wiersma-La Senne, G. Torris a putut sistematiza un material empiric foarte sugestiv.

Nevoşii sunt anxioşi în faţa bolii: ei se alarmează şi se calmează tot atât de uşor. Nu urmăresc cu perseverenţă vindecarea, schimbă des tratamentele şi medicii, preferă câteodată pe "vindecători". Tind a impune medicului o interpretare personală a bolii şi chiar un anume tratament. Sunt reclacitranţi când este vorba de a-şi modera uzul tutunului, cafelei, alccolului. Capricioşi, cu tendinţa de a minţi şi de a se minţi, prezintă o oarecare lipsă de respect pentru medic. Amintim că grupul nervoşilor* oferă o patologie funcţională bogată, pe plan mental (reacţii isteroide, anxietăţi), neurovegetativ şi organic.

* Prin "nervoşi" nu trebuie să se înţeleagă cei cu temperament melancolic (care sunt, de fapt, "sentimentali"), nici *temperamentul nervos* al lui A. Adler (cu sensibilitate exagerată, sugestibilitate, timiditate, egoism, "slăbiciune iritabilă"), nici nevropaţii, neurastenicii sau psihastenicii lui P. Janet.

Sentimentalii sunt înclinaţi către ipohondrie. Pot stabili un raport afectiv deosebit de strâns cu medicul - dacă acesta nu-i inhibă; dar au faţă de el o atitudine critică sau de suspiciune şi pot fi uşor dezamăgiţi: încrezători, nu sunt totuşi fideli. Boala este, pentru sentimentali, un eveniment grav. Se autoobservă şi-şi expun detaliat suferinţele; reţin date utile în anamneză şi documente privind bolile din trecut. Sentimentalii au mai multă încredere în medic decât în medicină şi n-au încredere în propria lor soartă ("resemnare prezumtivă", La Senne). Acceptă terapeutica (oricât ar fi de penibilă) fără opoziţii - dar şi ei recurg, nu rareori, la "vindecători". Sentimentalii suferă în majoritate de uşoare dezechilibre mentale - de tip depresiv, cenestopatic, cu hiperemotivitate etc.; la ei, tulburările psihosomatice sunt frecvente.

Colericii, anxioşi şi ei în faţa bolii, recurg la medic fără întârziere; exagerează şi sunt lipsiţi de curaj (datorită importanţei pe care o acordă valorilor elementare ale vieţii: sănătate, plăcere). Boala le apare nu numai ca un obstacol - ci chiar ca un scandal. Fidelitatea faţă de medic pare accentuată, dar - în fond - este fragilă; colaborarea cu medicul este satisfăcătoare, însă atitudinea colericului este deseori uşor insolentă (medicul este privit în primul rând ca un auditor sau aprobator al atitudinilor şi iniţiativelor). Colericii sunt şi ei predispuşi la ipohondrie şi depresiune; în plus, la ei se remarcă tendinţă la organizare nevrotivă şi la reacţii paranoide. Prezintă frecvent tulburări digestive.

Pasionaţii nu alcătuiesc un grup omogen - unii sunt apropiaţi de tipul sentimental, alţii de constituţia paranoidă. Interesul pasionatului este îndreptat asupra operei la care lucrează; acest fapt îl fereşte de preocupări ipohondrice, dar îl duce şi la neglijarea propriei sănătăţi. Când s-a decis să facă apel la medic, dă dovadă de perseverenţă, de bunăvoinţă şi de spirit de colaborare. Încrederea sa faţă de medic este deplină (şi nu ezitantă, ca la sentimentali), însă eventuala decepţie este resimţită profund (s-a spus că încrederea urmează legea "tot sau nimic"); de multe ori renunţă la medicul respectiv chiar fără să-i dea nici o explicaţie. Pasionatul are a atitudine "captativă" - tinzând să-şi impună personalitatea. El este un tip particular egocentric şi narcisic.

Este curajos în faţa actului medical şi are "curaj civic": în problemele de concediu medical evită să frusteze instituţia la care lucrează. Pasionaţii sunt expuşi la surmenaj (unii dintre ei au perioade de hipernaţii sunt expuşi la surmenaj (unii dintre ei au perioade de hiperactivitate care alterează cu perioade de epuizare). Pentru a-i obliga la repaus, este necesar uneori o deosebită insistenţă. Există, poate, o corelaţie între temperamentul pasionat şi unele tulburări mentale (schizofrenie, paranoia); în schimb (spre deosebire de sentimentali) pasionaţii prezintă mai rar afecţiuni psihosomatice.

Sanguinicii sunt cei mai puţin anxioşi în faţa bolii. Ei se supun tratamentului cu oarecare înţelegere, dar aşteaptă "ultimul moment" pentru a se consulta (această decizie se ia, de cele mai multe ori, sub influenţa anturajului). Este greu să impunem unui sanguinic încetarea lucrului (ceea ce se explică prin indiferenţa faţă de boală, prin firea hiperactivă, dar şi prin tendinţa sa la avariţie). Sanguinicii sunt relativ sănătoşi; bolile de care suferă sunt frecvent rezultatul înclinaţiei lor de a gusta toate plăcerile vieţii.

Flegmaticii consultă pentru tulburări precise, bine caracterizate: boli constituite, mai puţin tulburări mentale sau psihosomatice. Atitudinea poate fi corectă sau "indiferentă", în sensul de a lăsa pe medic să suporte tot greul tratamentului. Dacă sunt fideli, constanţi şi ascultători, acest fapt este legat mai mult de un anumit simţ al datoriei, decât de participarea afectivă la propria dramă. Flegmaticii nu fac intoxicaţie alcoolică sau tabagică. Reamintim că dintre ei se recoltează cei ce fac schizofrenie de tip "raţionalism morbid".

Amorfii sunt "pasivi faţă de momentul actual" şi "relativ independenţi faţă de trecut" - La Senne). Torris a separat familia "amorfilor paranervoşi", cu o emotivitate exprimată - dar mai curând aparentă decât intensă. Amorfii corespund întrucâtva limfaticilor sau apaticilor din vechile clasificări. Nerăbdători în faţa bolii, conştiincioşi în aplicarea prescripţiilor, fideli - ei sunt legaţi de obişnuinţă şi de ascultare mai curând decât de încredere şi de raţiune. Totodată ei sunt relativ inerţi. Comunicativitatea lor în dialogul medic-pacient este redusă. Amorfii se plâng adesea de obezitate şi de constipaţie.

Apaticii sunt deseori confundaţi cu flegmaticii. Simptomatologia cu care se prezintă este de obicei abundentă, dar expunerea ei este

confuză. Atitudinea lor este un complex de indiferenţă şi de supunere. Persoana lor îi interesează destul de puţin, iar persoana medicului - deloc. Tendinţele lor conservatoare îi fac să ia medicamentele cu regularitate, până la obişnuinţă sau toxicomanie. Nu caută să influenţeze pe medic, nu abuzează de concedii. Suferinţele lor banale sunt obezitatea, constipaţia şi tulburările psihosomatice. Profilul patologic seamănă cu cel al sentimentalilor.

*

A. Păunescu-Podeanu (1981), prezentând tipologia lui I.P. Pavlov (calchiată, oarecum, pe cea a lui Hipocrate), consideră că - dacă temperamentul nu ne dă o valoare orientativă, predictivă, în materie de îmbolnăviri viitoare, în schimb, "este de folos a cunoaşte tiparul psihologic al individului... (pentru) a întrevede modalităţile lui de comportare în calitate de pacient: în faţa bolii şi în faţa ordonanţei terapeutice". Se poate conta, în boală, pe psihicul indivizilor puternic echilibraţi, fie ei mobili sau inerţi (adică sanguini sau flegmatici), implicit pe reacţiile lor psihovegetative şi biologice, care sunt pozitive, favorabile, utile în genere; dar nu pe al indivizilor puternici dar dezechilibraţi (colerici) şi mai ales pe al indivizilor slabi (melancolici), ale căror reacţii sunt nearmonice, apatice, dezordonate. Cel echilibrat tare, mobil, se observă conştiincios, urmează conştiincios prescripţia, dar trebuie susţinut prin comenzi repetate (având tendinţa de a abandona repede un lucru început). Colericul este nedisciplinat, "pacient incert" care se cere supravegheat. La melancolic, ca disciplină terapeutică trebuie "susţinut, stimulat, revigorat".

Acelaşi autor prezintă (după Schweisshamer, modificată) o "clasificare" a oamenilor chiar după tipul lor psihoreacţional în boală, deosebind următoarele profiluri: *nepăsătorul, nerăbdătorul, grijuliul* (hiperconştiinciosul, meticulosul), *ipohondricul* şi *"normalul"* (echilibratul).

"Personalităţile accentuate" şi boala

O importanţă deosebită pentru practica medicală *generală* o poate avea cunoaşterea celor pe care K. Leonhard i-a numit *personalităţi accentuate.* O scurtă explicare a concepţiei autorului este necesară. Printre însuşirile "firii" omeneşti K. Leonhard diferenţiază cele care duc la simple variaţii ale individualităţii de cele propriu-zis *accentuate,* cele care manifestă tendinţa de a aluneca spre anormal; prin *personalităţi anormale* înţelegându-se acei oameni care, chiar în lipsa unor împrejurări exterioare nefavorabile, au dificultăţi în adaptare la cerinţele vieţii. Fireşte că personalităţile accentuate (sau pregnante) au un interes major pentru clinica psihiatrică, variaţii puternice - într-un sens sau altul - intrând în domeniul nevrozelor, al psihopatiilor şi chiar al psihozelor. Dar ele au un interes tot atât de mare pentru clinicianul de orice specialitate, deoarece prezintă dificultăţi în adaptarea la boală, ridică obstacole în interacţiunea medic-pacient şi în calea tratamentului, favorizează apariţia unor stări morbide (nu numai psihosomatice, ci şi somatice). Cercetări efectuate în clinica berlineză a lui K. Leonhard (de către Sitte pe adulţi şi de către Gutjahr la copii) au arătat că aproximativ jumătate din populaţie poate fi considerată ca neieşind din comun, iar cealaltă jumătate ca "accentuată". Însuşirile care duc la simple variaţii în cadrul "normalului" sunt cele mai numeroase din sfera aspiraţii-înclinaţii, din sfera afectiv-volitivă sau asociativ-intelectuală. Dar este greu să se elimine orice incertitudine atunci când trebuie să deosebim trăsăturile care dau naştere unei personalităţi accentuate de cele care nu produc decât individualităţi obişnuite.

K. Leonhard prezintă mai întâi personalităţile accentuate legate de anumite *trăsături de caracter,* în număr de patru. Vom indica principalele implicaţii medico-psihologice ale acestor tipuri (sau firi).

1. *Firea demonstrativă* este caracterizată printr-o anormală capacitate de refulare. Când atinge grade mai înalte, devine fire *isterică.* Refularea nu este o simulare, deşi manifestările la care duce seamănă cu o simulare conştientă grosolană sau se împletesc cu o simulare parţial conştientă. Pacientul este exagerat în gesturi şi vorbe, doreşte

să-şi dea importanţă şi să se afirme; prezintă teatralism cu note de inautenticitate uneori uşor de depistat, se autolaudă sau se autocompătimeşte, este patetic; plin de fantezie, uneori mincinos, lipsit de autocritică, obligă la rezerve faţă de declaraţiile sale (atenţie la anamneză!). Refularea se poate manifesta şi în sectorul fizic: istericul poate avea anestezii paradoxale, poate înghiţi obiecte dure, eliminând reflexul de vomă altfel obligatoriu. Sunt bine cunoscute leşinul isteric, refugiul în boală, obţinerea de avantaje cu ajutorul bolii. Firea demonstrativă trăieşte mai mult în prezentul imediat, ia decizii pripite, este recalcitrantă în privinţa tratamentelor (de exemplu, alcoolicii cronici "trişează" în cura de dezintoxicare). Firea demonstrativă acumulează concedii medicale, se adaptează avantajos la slăbiciunile celor care îi ascultă (până la comportări vecine cu escrocheria), inventează pretexte. Este predispusă la surmenaj şi la epuizare nervoasă.

2. *Firea hiperexactă* suferă, invers, de carenţe în capacitatea de refulare: nehotărâre în decizie, îndoială, oscilaţii nesfârşite între păreri, inhibiţii şi autocontrol excesiv. Este omul foarte meticulos, cu o grijă exagerată pentru propria persoană, cu o dezvoltare puternică a sentimentelor de teamă. De aici se poate ajunge la ipohondrie, la neurastenie (cu sau fără ticuri), la nevroză obsesivă, la reacţie sau dezvoltare anancastă. Frica de microbi este des întâlnită, uneori cu ablutomanie (tendinţă obsesivă de a se spăla), de asemenea nosofobia (frica de îmbolnăvire); în schimb alcoolismul cronic este rarisim.

3. *Firea hiperperseverentă* are drept substrat perseverenţa anormală a afectului. Este concretizată în omul susceptibil (uşor de jignit, care se simte mereu nedreptăţit), bănuitor, încăpăţânat, ambiţios şi învinuidu-i pe ceilalţi de atitudine ostilă. Desigur că anxietatea şi teama colorează tabloul psihologic. Se întâlnesc idei prevalente, chiar fixe, obsesive, cu treceri spre psihopatia paranoidă şi spre nevroza ipohondrică. Hiperperseverentul are idei proprii despre boala lui, pe care caută să şi le impună; pacientul este câteodată omul care luptă pentru "drepturile" sale (de exemplu, o pensie pentru o pretinsă invaliditate).

4. *Firea nestăpânită* este dominată de către impulsurile momentane, ceea ce contrastează aparent cu gândirea greoaie, de o exagerată amănunţire, până la pedantism. Actele impulsive pot fi violente. Firea nestăpânită este frecvent întâlnită în copilărie, se agravează la pubertate. Pacientul este irascibil, explorările şi chiar întrebările medicului îl indispun; pe de altă parte, îi este greu să respecte un regim de viaţă ori alimentar (nu rezistă la tentaţii). Un corolar este "predispoziţia" la obezitate şi la alcoolism cronic, ca şi la acte delicvenţiale. Firea nestăpânită se învecinează cu psihopatia epileptoidă; relaţiile cu epilepsia sunt neclare; constituţia corporală este adesea atletică, cum se întâlneşte la epileptoizi.

Alte personalităţi accentuate ţin de trăsături "accentuate" de *temperament*, de sfera afectivă;

5. *Personalitatea hipertimică* este o "miniatură" a psihopatiei hipomaniacale. Pacientul este locvace, vesel, superficial; în vorbire, pare un "împrăştiat". Adesea este alcoolic.

6. *Personalitatea distimică* este, dimpotrivă, tăcută, "serioasă", pesimistă, predispusă la depresiuni. Are corelaţii evolutive (sau şi structurale) cu psihopatia subdepresivă.

7. *Labilii afectivi* prezintă oscilaţii între stări afective opuse, sub influenţe exterioare sau lăuntrice. Se învecinează cu psihopaţii ciclotimici. Sunt predispuşi şi ei la nevroze de tip ipohondric. Desigur că labilitatea lor "răstoarnă" multe succese terapeutice iniţiale.

8. *Firea exaltată* oscilează între entuziasm şi disperare, respectiv între euforie şi descurajare. La dimensiuni psihopatice, pacientul este un ciclotimic de tip special, un "anxios-fericit". La dimensiuni curente, este pacientul cu sensibilitate exaltată, excesiv de îngrijorat de boală sau de senzaţii anestezice banale.

9. *Firea anxioasă* are ca substrat o hiperiritabilitate a sistemului nervos vegetativ; este frecventă la copii, adesea dominaţi de frică. La adulţi, se manifestă printr-o grijă neobişnuită pentru propria persoană şi prin timiditate. Anxiogen poate fi orice detaliu al propriului corp. Este bolnavul ipohondru care are nevoie de convorbiri liniştitoare.

10. *Firea emotivă*, în înţelesul pe care i-l dă K. Leonhard, se caracterizează prin reacţii de mare sensibilitate (adică cu un prag

scăzut de declanşare) şi de profunzime în sfera sentimentelor subtile (de exemplu, a celor aparţinând domeniului spiritual). Este firea afectată până la stare de dezechilibru a sănătăţii fizice şi până la neurastenie şi la tentative de sinucidere de suferinţele, boala şi moartea persoanelor din anturaj, din familie. Predispusă la depresiuni reactive, trăieşte evenimentele vieţii mai intens decât alţii şi adesea este doborâtă de evenimente.

Sunt de menţionat şi consideraţiile pe care le face K. Leonhard şi asupra firilor extravertite şi introvertite, înţelegând prin aceşti termeni într-o oarecare măsură altceva decât înţeleg urmaşii lui C.G. Jung.

11. *Firea extravertită* este cea orientată mai mult spre lumea percepţiei decât spre lumea imaginaţiei. Este aderent la concret, la opinia colectivităţii. Încrederea îi este câştigată uşor (uneori prea uşor); dispus să dea informaţii, extravertitul este influenţabil, sugestibil, tinde să răspundă în acord cu felul în care i-a fost pusă întrebarea (element important în anamneză!). Acceptă fără rezervă prescripţiile şi sfaturile.

12. *Firea introvertită*, dimpotrivă, interpune între el şi realitate (între el şi ceilalţi) o atitudine proprie, idei personale. Introvertitul îşi trăieşte mai mult reprezentările decât percepţiile. Evenimentele exterioare au, pentru el, mai puţină însemnătate decât gândurile sale despre ele. Este rezervat, adesea izolat, preferând singurătatea (detaliu important în spitalizare!).

Autorul atrage atenţia asupra faptului că extraversiunea şi introversiunea nu trebuie confundate cu capacitatea, respectiv incapacitatea de a stabili contacte; dar introversiunea apare deosebit de pregnant atunci când este combinată cu incapacitatea de a stabili contacte afective nemijlocite cu oamenii.

Bineînţeles că personalităţile accentuate se prezintă curent în combinaţii. Pentru interesul lor medico-psihologic, menţionăm câteva dintre ele. Astfel, introvertitul anancast se caracterizează printr-o meditare frământată obsesivă. Hiperperseverentul demonstrativ prezintă simulări, ostilitate la examinări şi reexaminări medicale, câteodată ajunge la sinistroză. Hiperperseverentul nestăpânit, ca şi isteric epileptoid, sunt generatori de acte de violenţă. Hiperperseverentul hipertimic poate fi un cverulent, provocând litigii pe probleme de sănătate (acuzaţii de agresiune faţă de integritatea sa personală, intoxicaţii şi otrăviri etc.) şi această combinaţie predispune la dezvoltare paranoică. Lucrarea lui Leonhard nu este scrisă însă mai ales pentru a oferi cititorului o introducere în "mica psihiatrie"; ea conţine numeroase exemple în care se examinează aportul social şi cultural pozitiv al accentuării personalităţii. De exemplu, combinaţia dintre firea introvertită şi cea demonstrativă promovează înclinaţiile poetice şi artistice. Din două psihopatii asociate poate rezulta un om "normal".

Durere, suferinţă, anxietate

Introducere

Boala reprezintă o stare şi o situaţie a persoanei, *modificată* subiectiv şi obiectiv. Indispoziţia, insomnia, durerile, tulburările funcţionale diverse fac ca (dintr-odată sau treptat) corpul să dobândească pentru Eu (adică subiectiv) o mare importanţă, într-un mod neobişnuit. Senzaţii necunoscute (sau amintind senzaţii avute altădată, în cursul stărilor morbide) nasc întrebări, duc la interpretări, generează anumite convingeri. Începe un proces analog celui din dragostea incipientă (pe care - în *De l'amour* - Stendhal l-a numit "cristalizare"): pe firul câtorva constatări realiste se aşază numeroase elemente subiective sau valorizate subiectiv; bolvanul are viziunea îngrijorătoare a urmărilor posibile, a progresiunii bolii, a consecinţelor pe care episodul morbid le poate avea în viaţa personală, ca şi în viaţa profesională etc. *Obiectiv* este vorba, oricum, de nevoia de a fi îngrijit, de scăderea prestaţiilor sociale şi a veniturilor, de cheltuieli de tratament etc. Preocupările zilnice trebuie evitate, relaţiile cu colaboratorii şi cu prietenii vor fi întrerupte, îndeplinirea unor proiecte va fi amânată, unele plăceri şi satisfacţii vor fi interzise etc. Fiecare dintre elemente poate lua proporţii de catastrofă.

În cele ce urmează ne vom ocupa de câteva dintre ele.

Durerea

Durerea este - în primul rând - o problemă de *fiziologie evoluţionistă*. Se consideră azi că sensibilitatea dureroasă este o achiziţie a

filogenezei, limitată poate la unele linii evolutive. Este problematic dacă insectele "simt durerea" la o leziune, la fracturarea sau smulgerea unui membru etc. După L. v. Bertalanffy, durerea este o contrafaţă a progresului biologic. Utilitatea ei în reacţiile adecvate ale organismului (în adaptare) este reală, ceea ce nu înseamnă însă că orice durere este oportună. Regiunile care au cea mai mare sensibilitate algică nu sunt cele mai vitale pentru organism; organele interne "dor" mai ales prin mijlocirea seroaselor. Nu există paralelism între suferinţa fizică (durerea) provocată de o boală şi gravitatea ei. Durerile de măsele pot fi mult mai intense şi mai insuportabile decât unele dureri din cancer. Durerea vie provoacă reacţii vegetative (şi şoc), care pot periclita viaţa chiar atunci când leziunea de la care pornesc semnalele algice este lipsită de importanţă. Durerea se însoţeşte de impotenţe funcţionale reflexe sau generate de teama de durere. Durerea - simptom important al bolilor, face totodată obstacol la unele intervenţii terapeutice necesare. Chirurgia nu s-ar fi putut dezvolta dacă nu s-ar fi descoperit narcoza, rahianestezia, anestezia locală. S-a spus de aceea, pe drept cuvânt, că durerea este şi *prieten* şi *duşman*. S-au purtat numeroase discuţii (încă neîncheiate) despre semnificaţia durerii (Sauerbruch şi Wenke, 1936); s-a negat (Hoche, 1936) sensul teleologic ("rostul" biologic, adaptativ) al durerii etc.

Durerea este, de multe ori, simptomul care "forţează" pe bolnav să se prezinte la medic - dar ea creează şi teama de medic. O recomandaţie banală terapeutică este "respectarea" durerii până la stabilirea cauzelor ei (adică până la schiţarea diagnosticului); explorarea clinică trebuie să se călăuzească după existenţa zonelor şi a punctelor dureroase. Toate manualele atrag atenţia asupra existenţei durerilor reflexe, sau iradiate la distanţă de organul bolnav (junghiul abdominal în pneumonie, durerea în umărul drept cu "punct de plecare" în colecist, durerea retrosternală şi a membrului superior stâng în angina coronariană), asupra zonelor de hiperestezie cutanată în suferinţele viscerale etc. Durerea care nu mai serveşte diagnosticului şi ghidării mâinii medicului (indiferent dacă este vorba de infarctul miocardic, de o fractură sau de o nevralgie) trebuie, în general, suprimată. Trebuie combătută, de asemenea, durerea care împiedică mobilizarea necesară recuperării funcţionale.

*

Neurofiziologia durerii nu este un capitol încheiat. Au fost studiate mai ales organele senzitive cutanate, cu scopul de a se descoperi corpusculi sau terminaţii specifice (ca şi în cazul senzaţiilor mecanice, termice etc). S-a bănuit, ca o ipoteză alternativă, că durerea apare atunci când excitaţiile senzitivosenzoriale depăşesc o anumită intensitate, ceea ce nu s-a putut confirma. S-a presupus că intermediarul între excitantul nociv (care ar genera excitaţii nociceptive) şi aparatul care le recepţionează ar fi substanţe *algogene*. Se cunosc, ce e drept, numeroase substanţe de origine celulară sau tisulară care posedă această însuşire. Algogene se găsesc în lichidele secretate (sucul gastric în contact cu peritoneul sau cu terminaţiile nervoase ale pielii; lichidele acide; tripsina pancreatică; kininele plasmatice din sângele extravazat în cavitatea abdominală). Polipeptide derivate din globulinele plasmatice pot provoca durerea, în conexiune cu însuşirile vasodilatatoare sau de stimulare a muşchilor netezi: bradikinina ar fi răspunzătoare, în mare măsură, de durerea regiunilor traumatizate cu extravazări sanguine, sau a focarelor inflamatorii. Injuriile eliberează din celule substanţe care au uneori caracter algogen cum sunt histamina, serotonina (eliberată şi din plachetele sanguine), ionii potasiu în exces. Serotoninei i se atribuie un rol însemnat în cefaleele de tip hemicranie. În geneza durerilor locale, intervin şi (sau mai ales) diferite prostaglandine.

Teoriile neurofiziologice clasice deosebeau o sensibilitate *protopatică*, mai grosieră, de una *epicritică*, având capacităţi de diferenţiere. Probabil că rezultatele neconcludente ale cercetărilor ce au urmărit identificarea unor organe microscopice ale durerii se datoresc, în parte, unor neclarităţi în însuşi conceptul de durere. Este durerea o *senzaţie* sau un *sentiment?* Lipps, folosindu-se de capacităţile lingvistice proprii limbii germane, a vorbit despre *Gefühls-Empfindung;* Hassler crede că unii stimuli dureroşi îi trăim mai curând ca pe un sentiment sau emoţie, în timp ce alţii îi sesizăm ca pe o senzaţie. Se pare că mecanismele nervoase periferice justifică această bivalenţă. Se poate vorbi despre o *durere primară* -, resimţită imediat, acut,

localizabilă cu uşurinţă - şi despre o *durere secundară,* care "implică personalitatea". Durerea primară ar fi condusă de aşa-numitele *fibre A*, cu viteza de 25 m pe secundă, în timp ce durerea secundară, care apare după un timp de latenţă, este condusă de *fibrele C* cu o viteză de numai 1,5 m pe secundă, mai greu localizată, iradiabilă. Cele două tipuri de fibre nervoase ar avea diferite potenţiale de acţiune. Ipoteza aceasta "specifistă" se bazează şi pe faptul că există fibre specializate care răspund numai la o stimulare intensă, dar aceasta nu înseamnă că ele sunt "fibre de durere" şi că ele produc întotdeauna durere sau numai durere.

O teorie alternativă propune ca substrat al durerii o anumită constelaţie *(Gestalt, pattern)* al stimulilor, deci o interacţiune între grupe de fibre (Weddell, 1955; Sinclair, 1955). Ea este nesatisfăcătoare (spun criticii) deoarece ignorează complet faptul specializării funcţionale.

O a treia teorie încearcă să se folosească de ambele aceste principii, într-un mod original. Este teoria controlului durerii prin "porţi" medulare *(Gate control theory,* Melzeck şi Wall). Este o teorie pe care am putea-o numi *cibernetică*. Un sistem de control legat de *substantia gelatinosa* din măduvă ar modula impulsurile care sosesc la primele celule de transmisie centrală. Celulele de control (cu rol de inhibare) sunt *stimulate* de influxul venit pe fibrele groase (cu conducere rapidă) şi *inhibate* de influxul venit pe calea fibrelor subţiri (cu conducere lentă). Echilibrul între activităţile fibrelor groase şi subţiri este important pentru perceperea durerii, deoarece transmisia centrală rezultă în urma unor integrări (sumaţiuni) spaţiale şi temporale ale impulsurilor. Distrugerea patologică a fibrelor groase poate motiva cazuri de anestezie dureroasă, ca şi de dureri "spontane". Dar avantajele teoriei "porţilor" constă mai ales în posibilitatea influenţării sistemului de control medular postulat prin factori de control centrali superiori sau, cu alte cuvinte, în înţelegerea neurofiziologică a *dimensiunii motivaţionale* a durerii. O trecere în revistă a obiecţiilor acestei teorii lasă să subziste totuşi câteva idei de bază, printre care existenţa unei interacţiuni între diverse aferenţe, într-un sistem de control, chiar la nivelul zonei de intrare a rădăcinilor posterioare. În coarnele

posterioare ale măduvei, putem bănui o suprapunere de astfel de sisteme integrativ-reglatoare, la nivelul cărora au loc influenţe facilitatoare şi inhibatoare.

Hodologia impulselor dureroase cunoaşte tractusuri spinotalamice dintre care - la mamifere - se dezvoltă progresiv o cale neospinotalamică. Calea paleospinotalamică informează şi formaţia reticulară. Conducerea medulară este dublă, parţial polisinaptică şi numai parţial controlaterală. Paralel se identifică căi descendente de control, pornite din talamus. Talamusul este staţiunea *importantă* a conducerii durerii, ca şi a senzorialităţii în general. Este o staţiune de integrare, ale cărei leziuni nu produc tulburări net disociate ale sensibilităţii. Excitarea electrică a unor zone talamice poate produce durere, după cum distrugerea stereotaxică a lor, dar excitarea altor zone, poate suprima dureri intolerabile. De la talamus spre cortexul senzorial se întinde un alt neuron de legătură (de obicei al treilea). Neuronii senzoriali corticali posedă o funcţie complexă, interpretativă şi analitică. În *gyrus frontalis superior* se apreciază calitatea penibilă a durerii; intervenţiile la acest nivel nu suprimă durerea, dar ea devine suportabilă. Prin excitaţie electrică corticală se pot produce dureri.

Formaţia reticulată trimite eferenţe ascendente centripetale şi eferenţe descendente centrifugale. Ea poate fi responsabilă de analgezii ca şi de hiperalgezii. Eferenţe ale formaţiei reticulate sunt majoritatea aferenţelor din sistemul limbic.

Acest sistem (alcătuit din hipocamp, *gyrus cinguli,* nucleul amigdalian şi alte structuri mai puţin familiare nespecialiştilor) are relaţii de conexiune funcţională cu hipotalamusul şi - prin el - cu sistemele endocrin şi nervos vegetativ. Şi din talamus pornesc eferenţe spre sistemul limbic. Dar sistemul limbic (şi în special hipocampul) joacă un rol important în memorie, ceea ce constituie baza neurologică a multor corelate şi influenţe psihice ale durerii. Dacă sistemul neospinotalamic de proiecţie alcătuieşte fundamentul neurologic al *dimensiunii senzorial-discriminative,* activarea structurilor reticulate şi limbice prin sistemul paramedian ascendent afectează pulsiunea motivaţională puternică şi afectul de neplăcere care împinge organismul spre acţiune - care produce reacţiile de aversiune şi comportamentul tipic "natural" la stimulii dureroşi. Cu alte cuvinte (Melzack şi Casey), sistemele reticulat şi limbic funcţionează ca un *monitor central de intensitate.* Căile de proiecţie ar constitui o buclă de reglare într-un sistem cibernetic de tip *feed-forward.* Neocortexul ar asigura dimensiunea *cognitivă* a durerii.

Endorinologia durerii este un capitol recent introdus în ştiinţă. Descoperirea fundamentală a fost identificarea unor polipeptide opioide (endorfine) în extractele hipofizare şi în hipotalamus (A. Goldstein, 1975; Hughes şi Kosterlitz, 1975) şi a unor substanţe similare, dar mai simple, în nevrax (encefaline) (Hughes, 1975; Pert, 1976). Cel puţin două dintre encefaline s-au dovedit a fi pentapeptide, mai precis secvenţe de reziduuri 61-65 din beta-lipotropină, în timp ce fragmentul 61-69 are însuşiri opioide puternice, fiind chiar o endorfină (Goldstein şi G.H. Li). "În afară de efectele analgetice, ea are însuşiri modificatoare de comportament. Peptidele sunt prezente în numeroase regiuni ale creierului, inclusiv în hipotalamus, fixându-se pe receptorii (liganţii) care fixează morfina. La acţiunile antinociceptive ale endorfinelor, se asociază acţiuni comportamentale (deprimarea reflexelor de apărare, catatonie) şi liberatoare de hormoni (hormon de creştere?). Din punct de verede biochimic, ele se cuprind în clasa neuropeptidelor, propunându-se conceptul de neuron peptidergic. Alături de aceste anodinine (Pert) s-au izolat peptide cu acţiuni opuse (ca dodecapeptidul P). Nu este exclus ca tulburări în secreţia şi metabolismul endorfinelor să fie la originea unor tulburări psihopatologice (Guillemin). ACTH însuşi (care se eliberează în stress, odată cu endorfinele), ca şi fragmente ale sale au influenţe asupra creierului, reflectate în modificări de comportament (De Wied). Hipofiza ar conţine prehormoni pentru neuropeptide specifice implicate în procese motivaţionale, memoriale şi de învăţătură.

Se pare că şi placenta produce endorfine prin "simplificarea" moleculelor de gamma-globuline (?).

În fenomenul de durere sunt implicaţi neuroni noradrenergici şi serotoninergici. Endorfinele şi encefalinele ar avea rol de modulatori.

Terminaţii nervoase libere transmit impulsuri spre măduvă prin fibre subţiri (sensibilitate protopatică) unde are loc o primă confrun-

tare între neurotransmiţători, substanţa P şi encefaline. O a doua confruntare are loc în substanţa cenuşie periapeductală, alta la nivelul hipotalamusului. Acest filtru odată depăşit, durerea devine "emoţie-suferinţă". Se admite că endorfinele ar fi "moleculele stării de bine", iar substanţa P "moleculele durerii" (J. Renaud). Reglarea stării "subiective" ar depinde de intensitatea stimulilor (n-ar exista, la drept vorbind, receptori sau fibre pentru durere) şi că, în realizarea efectului, un rol însemnat îl are vărsarea peptidelor în lichidul cefalorahidian (Zetler, 1978). După Stein şi Beluzzi (1978), endorfinele ar servi şi ca transmiţători sau modulatori pentru medierea satisfacţiei şi a recompensei - ca atare fiind implicaţi şi în memorizare.

S-a constatat că efectul analgetic al acupuncturii depinde de endorfine (Pomeranz), este blocat de naloxon (antagonist al opiaceelor), de hipofizectomie (la animale) şi la unele rase de şoareci (CBXK) caracterizate printr-un deficit genetic de receptori pentru substanţe opiacee.

*

Există *analgii congenitale* în care sunt interesaţi exclusiv receptorii exteroceptivi, în care este suprimată durerea cu punct de plecare în piele după excitaţii ca: presiune, înţepături, arsuri, tăieturi etc. (Asemenea stimuli nu dau durere la omul normal dacă sunt aplicaţi organelor interne.) Este păstrată durerea provenită prin dilatarea organelor cavitare (colici) sau prin ischemie.

Analgia (sau analgezia) congenitală lipseşte organismul de un important dispozitiv de alarmă şi de protecţie. Agresiunile care trebuiau evitate graţie durerii se pot exercita liber şi duc la leziuni grave în piele, mucoase şi schelet. Sugarul căruia îi cresc dinţii îşi muşcă buzele şi limba, îşi roade degetele, îşi zgârie faţa, nările, corneea; rănile se infectează, rămân cicatrice sau chiar mutilări. Mai târziu, copiii îşi provoacă accidental arsuri, traumatisme osoase până la fracturi. Izbeşte imprudenţa lor extremă şi - ca trăsătură psihopatologică - dorinţa de a brava, lăsându-se maltrataţi "eroic" de către alţi

copii, aruncându-se din copaci sau pe fereastră etc. Imobilizarea fracturilor este resimţită ca o opresiune intolerabilă (A. Weber). Comportamentul se schimbă la pubertate, odată cu conştiinţa "necesităţii" de a-şi îngriji corpul, urâţenia feţei şi mutilările creându-le complexe de inferioritate. Inteligenţa este în limite normale. Din punct de vedere medical, se cere, îndeosebi, supravegherea stării dentiţiei şi a complicaţiilor infecţioase.

Durerea este însă şi un *comportament*. La nivelul cel mai elementar, la animale, durerea poate fi studiată prin concomitenţele sale: dezorganizare motrice, reacţie de fugă (plus fenomene vasomotorii şi neuroendocrine). Experienţa dureroasă *umană* implică memorizarea globală a situaţiei ce a provocat durerea, fenomenul agresiv devenind *semnificantul* durerii (Bricourt), iar situaţia respectivă este întâmpinată şi retrăită cu o reacţie afectivă complexă. Durerea umană reprezintă totodată un răspuns la o situaţie de eşec ("bastardul ruşinii resimţită de inteligenţă în faţa unui stimul de care este nevoit să fugă", Pradines). De aceea, durerile elementare, durerile acute, durerile organice cronice duc, în clinică, la comportamente variabile după vârstă, nivel cultural, profesiune, boală, ca şi după motivaţii, tendinţe, educaţie etc. Durerea copilului mic are semnificaţia unei chemări, unei solicitări afective - şi se calmează de îndată ce apelul este auzit. Încă din copilărie durerea face parte din relaţiile cu lumea umană, cu celălalt, dar şi din investiţia în propriul corp a energiei libidinale sau a agresivităţii (cenestopatie, ipohondrie). Se ajunge la distincţia între *durerea nociceptivă elementară* şi *durerea-comportament.*

Durerea elementară este, în multe cazuri, "păzitoarea vieţii şi a sănătăţii" (Foerster), "santinela protectoare" (Bergson) - dar uneori "un obstacol în calea vieţii" (Buytendijk), un fenomen ce face mai penibilă şi mai complicată o situaţie irevocabilă (Leriche). Este un semn înşelător. Durerea-comportament, în algiile cronice rebele, în

suferinţele morale şi psihogene acoperă de multe ori o situaţie de eşec. Omul suferind este mai preocupat de durere decât de ceea ce se ascunde sub ea.

*

Liniştirea durerii a fost din totdeauna un obiectiv al medicinii. *Sedare dolorem - divinum opus* (Hipocrate). În lupta împotriva durerii, medicina a folosit droguri de origine vegetală, produse chimice de sinteză şi - recent - metode chirurgicale. Combaterea durerilor banale, nespecifice (cum ar fi cefaleea) revine, în ultimele decenii, "antinevralgicelor" care reprezintă medicamentele cele mai utilizate de către marile mase, până la abuz. Pentru noi este important să notăm că durerile banale (dar nu numai ele), cedează, într-un mare procent de cazuri, la administrarea unor substanţe indiferente (placebo) - ceea ce demonstrează valoarea psihoterapiei în combaterea durerii *fizice*. Experienţa clinică înscrie alte numeroase argumente în acelaşi sens: dureri cu origine organică (lezionale) evidentă, care cedează - temporar - la psihoterapie. Psihoterapia poate fi eficace şi în cazuri de dureri talamice prin procese destructive cerebrale (Kennedy, 1960). Este cunoscută metoda *psihoprofilaxiei* durerilor de naştere, de care ne vom ocupa mai departe.

Semiologia durerii este astăzi un capitol diferenţiat al medicinii clinice. O analiză subtilă a formelor de durere ca şi a "modalităţilor" (condiţii de intensificare şi de atenuare etc.) se datoreşte homeopaţilor.

*

Ca o problemă psihologică - durerea face parte atât din viaţa normală, cât - mai ales (Leriche) - din viaţa patologică a organismului. Pradines vedea în durere consecinţa creşterii globale a sensibilităţii organismelor evoluate, în cadrul evoluţiei *telerecepţiei* primejdiei; aşa se explică însuşirea sa de "avertisment barbar". În timp ce plăcerea aparţine "simţului nevoii", marcând îndeplinirea unei funcţiuni, săvârşirea ei, cucerirea unui obiect, succesul impulsului către un obiect - *durerea* semnalează pericolul rezultat din apariţia unui obstacol, precede activitate de *apărare* care va expulza (sau care va învinge) obstacolul. Faptul că organele interne (sau creierul) pot fi bolnave fără să doară, se explică prin aceea că, în mod natural (fără intervenţia chirurgicală, de exemplu), organismul este incapabil să elimine (să "expulzeze") *cauza* acelei perturbări. Din acest punct de vedere, credem că s-ar putea încerca o clasificare a durerilor, după *intenţionalitate**, adică după modalitatea (intuită sau imaginată) care le-ar putea suprima sau atenua. Astfel, durerea ar putea fi atenuată prin îndepărtarea agentului "exterior" sau prin depărtarea de noxă (fugă), prin îndepărtarea unei părţi din corp, prin protejare sau - dimpotrivă - prin dezvelire, prin imobilitate sau - dimpotrivă - prin umblet**, printr-o anumită poziţie a corpului, prin apăsare, prin căldură, prin strigăt***, prin "deschiderea" *(à ciel ouvert)* a zonei bolnave, prin expulzare (tenesme), prin contactul senzorial cu organul bolnav (să pun mâna, să văd). Interesantă este impresia pe care o avem, uneori, după care prin *intensificare* durerea ar putea să se lichideze; este oare o intuire a "luptei" organismului subiacentă durerii? Novalis vorbea de posibilitatea de a găsi satisfacţie în durere prin identificarea cu forţa implicată în provocarea ei. Menţionăm că, în ileusul obstructiv, bunăoară, *încetarea* colicilor poate marca debutul fazei paralitice, de rău augur. În unele cazuri, bolnavul are impresia că s-ar linişti dacă s-ar preciza sediul sau cauza - dar aici este vorba de anxietate, şi nu de durere; sau este convins că durerea va ceda "prin trecerea timpului". Suntem în domeniul *reacţiilor* la durere, reacţii care au o componentă experienţială, culturală şi de "filosofie a vieţii". În schimb, un fenomen propriu-zis psihofiziologic pare să fie "concurenţa interalgică", faptul că o durere poate masca o altă durere (de

* În mod uzual, durerile se clasifică: a) *topografic*; b) după *caracter* (continuă, fulgurantă, lancinantă, de arsură, înţepătură, pulsatoare etc.); c) după *cauză* (nevralgică, talamică, iradiată sau autohtonă etc.)

** Ca şi strânsul dinţilor, sau al pumnilor - efortul muscular voluntar scade pragul sensibilităţii pentru durere.

*** Strigătul este atât un apel pentru ajutor, cât şi o descărcare de energie nervoasă.

exemplu, o durere acută poate oculta o durere cronică, una neaşteptată poate eclipsa o durere obişnuită).

Admiţând o relaţie între durere şi nevoia (biologică) de expulzare (a unui corp străin sau devenit străin), este greu să admitem teza după care naşterea normală este nedureroasă (Velvovski). Cercetările efectuate de E. Aburel (1967) au arătat că atunci când gravida nu suferă de nici o maladie, când nu prezintă o patologie a contracţiilor uterine, când bazinul este suficient, iar căile genitale sunt normale ca dimensiuni şi ca elasticitate, durerea de naştere, "deşi incontestabilă, nu este excesiv de mare". Frica de durere şi teama de necunoscut nu cresc intensitatea durerii, ci adaugă o stare de nelinişte şi de agitaţie. Poate că această concluzie este întrucâtva exagerată: *durerea* este *şi* o reacţie, sau are o componentă reacţională (în acest sens vorbeşte marele procent de dureri de orice natură - până la 35% - suprimate prin *placebo)*. S-a constatat că eficacitatea *placebo*-ului este cu atât mai mare cu cât *stress*-ul este mai puternic *(placebo* este de 10 ori mai eficace în suprimarea durerii patologice decât în anularea durerii experimentale).

*

Sensibilitatea algică are mari diferenţe individuale; acest fapt condiţionează geneza şi caracterele durerilor în boală, rănire, intervenţie chirurgicală etc. El a fost pus în evidenţă în perioada preanestezică a chirurgiei, mai ales de către Larrey, chirurgul-şef al armatelor napoleoniene în campania din Rusia (1812). Diferenţele individuale nu ţin numai de voinţă şi de caracter, ci de factori organici şi psihici mai profunzi; Leriche vorbea despre *douleur vivante*. Am menţionat insensibilitatea generală congenitală la durere *(electivă* faţă de durere): "afazie a durerii" (Boyd), "algoataraxie" (Fanconi). La adulţi s-au descris cazuri de hipoalgoestezie, cu o toleranţă uimitoare a leziunilor - altfel dureroase - sau a intervenţilor operatorii.

Mai frecventă (şi stânjenitoare) este hiperalgezia, hiperestezia algică, susceptibilitatea crescută faţă de durere, hiperalgosensibilitatea, algofilia, algopatia etc. (termenii nu sunt riguros sinonimi). În acest caz, rolul factorilor congenitali pare mai mic decât cel a experienţei vieţii, al exerciţiului, al călirii sau cocoloşirii etc. S-au propus teste de hiporeactivitate algică (abolirea reflexului faringian, după Poenaru-Căplescu; comprimarea nervului auricular pe mastoidă, după Lipman şi după Voegeli).

Sensibilitatea algică depinde evident de starea sistemului nervos vegetativ (Leriche); hipersensibilitatea acestui sistem explică cenestopatiile şi difuzarea durerii, autoîntreţinerea prin mecanisme de cerc vicios etc. Ea mai depinde de starea umorală şi endocrină (hipo- sau hipercalcemia, spasmofilia, hipertiroidismul, disfoliculina, acidoza). Ea depinde de asemenea evident de corticalitate, de factorul "neuropsihic" sau pur şi simplu de *factorii psihici*. Intervenţia psihicului se manifestă ca amplificare sau *adaos psihic* (prin frică, anxietate, oboseală etc.), ca *fixare psihică* (durere de urmă, reziduală, durere - amintire, Leven), ca *psihalgie* (durere psihogenă, corticogenă, centrogenă, imaginativă, obsesivă, psihosomatică, nevrotică; cerebralgie, algohalucinoză etc. Oppenheim, Lhermitte, Mallet, Stenvers). De obicei, ea este "durere psihizată-fixată - reziduală" (Păunescu-Podeanu).

Durerea - întrucât este simptom subiectiv şi reacţie psihică, are un caracter individual, personal - poate fi punctul de plecare al unei tipologii. Este ceea ce a încercat să facă Fervers (1940). Pornind de la constatarea că durerea este inseparabilă de existenţa umană, autorul recunoaşte şi aspectele sale legate de "vigilenţă" şi de conştiinţa corpului, a existenţei etc. *(dolio, ergo sum)*. Pe de altă parte, durerea poate fi considerată ca o "insultă" pentru suflet, astfel încât analgezia sau narcoza sunt măsuri de "cruţare" sau de "protecţie" a psihicului. Fervers admite distincţia propusă de Foerster, care a descris un sistem *perceptoric-epicritic* generator de durere şi teamă, ca şi un altul *afectiv* în sfera căruia găsim neliniştea. Oricum, Fervers opune durerile *superficiale* care au o "tonalitate clară" *(hellen Ton)*, rece (sunt dureri nete, ascuţite, "tranşante"), celor *profunde*, cu o "tonalitatea închisă" (şi care sunt apăsătoare, de tip arsură, imperioase, încărcate afectiv). Pe de altă parte, se poate deosebi durerea "depărtată de eu" *(ichfern)* care vine de la membre, de cea care este "proximă eului" *(ichnah)*, venind

de la cap, torace, abdomen - şi care realmente semnalează mai frecvent primejdii mortale.

Tipologia lui Fervers este utilă pentru tratament. El nu se opreşte asupra "antitipiei" sensibil (fricos) - curajos, ci asupra unei "antitipii" ce se poate calca pe vechi reflexe filogenetice (la aceste reacţii se ajunge printr-o "regresiune"). Mişcarea excitată (furtuna motrice) se opune liniştei imobile (reflex de moarte aparentă) - ca două forme de a recepţiona primejdia şi de a încerca evitarea morţii (Kretschamer). La acestea se adaugă reflexul de autotomie (ca la şopârla care-şi abandonează coada).

Tipul "tetanic" reacţionează la durere prin agitaţie (hipermotrică), revoltă, fiind posibilă o atitudine "duşmănoasă" faţă de partea bolnavă (mai ales la schizotimi, introverţi). Este un tip simpaticotonic şi afectiv. Persoana se interesează de prognostic, priveşte critic măsurile terapeutice, este mai greu de tratat; recurge la alcool, la nicotină, la cafea. Tensiunea afectivă-motorie se poate sublima: durerea poate da pinteni creaţiei. Kant este cel care a scris că durerea este un imbold (sau spin?) al activităţii (fire simpaticotonic-motorică, expansivă, agresivă). (În limba germană, *Stachel* înseamnă atât imbold, cât şi cui sau ghimpe). Tipul tetanic cu *autodominare deplină* i-a aparţinut lui Mucius Scaevola, care s-a pedepsit pentru o greşeală cu consecinţe politic-militare, arzându-şi braţul.

Tipul patic "se plânge"; este hipotonic, are tendinţă la colaps, dar şi răbdare. Este vagotonic, ciclotimic; în tipologia lui Jaensch ar fi un "B-integrat". Se gândeşte la moarte, doreşte linişte, caută un "tu" pe care să se sprijine, este sinton (stabilind relaţii afective cu persoanele ce-l înconjoară). Îşi proiectează temerile asupra obiectelor din jur (lumea dobândind "fiziognomie"). Dacă este autostăpânit, se resemnează. Tipul patic oscilează între inactivitatea depresivă şi o stare de cavsi-beţie euforică; are nevoie obiectivă de medicamente.

Fervers insistă asupra rolului sugestiei şi autosugestiei în întreţinerea şi în tratamentul durerii. Medicul poate sugestiona bolnavul în mod inconştient şi naiv, atunci când crede el însuşi, sincer, în mijlocul întrebuinţat; sau poate să-l sugestioneze în mod conştient şi premeditat. Bolnavul, la rândul său, poate suporta sugestia pasiv, inconştient, uneori i se oferă voluntar -, sau o susţine prin autosugestie. Deseori atitudinea sa este ambivalentă, împotrivindu-se sugestiei (cu *ego)* dar lăsându-se condus (prin *id).*

Există particularităţi marcante privind psihoterapia durerii? Ele se referă, îndeosebi, la *halo*-ul afectiv şi memorial al durerii (M. Arnold). Profilaxia reacţiilor exagerate faţă de durere se face prin *călire.* Este interesant de menţionat că, în secolul al XVI-lea, Montaigne recomanda introducerea unui anumit tip de călire pentru a putea rezista presiunilor *prin mijlocirea torturii,* pe atunci răspândită.

În medicina corticoviscerală, s-a dat mare valoare experienţelor efectuate de Erofeeva (1912) în laboratorul lui I. P. Pavlov, care a elaborat la câini reflexe condiţionate de inhibiţie a excitaţiilor dureroase. S-a ajuns ca, la o excitaţie dureroasă puternică (curent electric, arsură, distrugere mecanică a pielii), câinele să nu răspundă prin reacţii de apărare şi să nu prezinte nici modificări ale respiraţiei şi ale ritmului cardiac, caracteristice reacţiei la durere; în schimb, câinele răspundea cu o reacţie alimentară (de salivaţie). În laboratorul lui K.M. Bîkov, A. T. Pşonik a elaborat la om reflexe condiţionate la exercitaţii dureroase, şi a condiţionat senzaţia durerii (sau, mai curând, a condiţionat o vasoconstricţie dureroasă). Acest autor a mai arătat că senzaţia dureroasă se poate forma şi sub influenţa cuvântului, adică sub influenţa celui de al doilea sistem de semnalizare. O durere provocată de un ac fierbinte sau condiţionată la o sonerie poate să apară la auzirea cuvântului "fierbinte" sau "sonerie". Sub influenţa excitantului condiţionat, excitaţia dureroasă subliminară devine liminară; invers - cu ajutorul reflexelor condiţionate se poate înlătura (inhiba) durerea, transformând senzaţia dureroasă în senzaţie nedureroasă.

*

O altă tipologie a fost propusă de Corman şi Tissot, după care putem deosebi, în funcţie de reacţiile individuale la durere:

1. un tip hipoexcitabil, la care "leziunea depăşeşte iritaţia", ceea ce face ca manifestările clinice să fie fruste, vagi, neclare, incomplete,

înşelătoare, *tardive* din punctul de vedere al posibilităţilor de intervenţie;

2. un tip hiperexcitabil, la care - din motive uşor de înţeles - suferinţele nu sunt proporţionale cu intensitatea leziunii şi nu au o valoare prognostică.

Este evident că cercetarea *tipurilor de activitate nervoasă superioară* poate avea importanţă nu numai în "psiho"-profilaxia durerilor de naştere, dar şi în "psiho"-profilaxia sau psihoterapia altor dureri. Dar aici întâlnim două modalităţi de lucru: a) cea hipnosugestivă, în care scoarţa cerebrală a pacientului este inhibată; cuvântul care i se adresează are un caracter imperativ, iar rolul cel mai important revine "personalităţii" medicului; b) cea psihoprofilactică propriu-zisă, în care cuvântul este folosit într-o formă logică, raţională, educativă; centrul de greutate trece asupra personalităţii pacientului; scoarţa sa cerebrală este activă, *echilibrată*, dar cu focare de excitaţie puternică. Astfel spus - este nevoie de relaţii optime între procesele fundamentale de excitaţie şi de inhibiţie în scoarţă, de relaţii reciproce adecvate între scoarţă şi centrii subcordicali. În cazul naşterii, A.P. Nikolaev preconizează crearea artificială a unui puternic "focar de excitaţie" cortical al cărui "conţinut" să fie convingerea despre evoluţia favorabilă a naşterii etc. Înconjurat de o zonă de inhibiţie (prin inducţie reciprocă), el devine aproape inaccesibil pentru impulsurile interoceptive cu caracter dureros şi, după legea dominantei, atrage impulsuri extero- şi interoceptive nedureroase şi "distrage" scoarţa pentru altă activitate. În concepţia pavlovistă, sugestia este "cel mai simplu şi mai tipic reflex condiţionat al omului", iar educaţia, instruirea, disciplinarea – sunt "şiruri lungi de reflexe condiţionate". Este discutabil însă dacă restructurarea mentalităţii femeilor, dacă "asanarea" psihicului nu este şi *altceva* decât "stingerea unor reflexe condiţionate vechi şi crearea unor reflexe condiţionate noi". Dealtfel, metoda cuprinde şi înlăturarea emoţiilor negative, crearea unor emoţii pozitive, ca şi procedee de analgezie nemedicamentoasă.

În general, se poate spune că în combaterea durerii se merge de la nivelul chimic (narcoza) până la cel spiritual (care implică valorizarea, "axiologia" suferinţei), trecând prin ceea ce este neurofiziologic elementar şi prin *pysché*.

Suferinţa

Prin suferinţă se înţelege, de obicei, atât durerea fizică, cât şi cea morală. De fapt, termenul ar trebui rezervat pentru aspectele *omeneşti* ale durerii fizice şi pentru durerea morală. După cum observă E. Minkowski, suferinţa face parte integrantă din existenţa umană, o marchează, "o situează" în mod specific. Balzac scria că "cei ce au suferit mult, au trăit mult". Suferinţa nu este un bine, dar nu este un "rău" în înţelesul curent al cuvântului; *a nu putea suferi* este o notă proastă pentru om. Pornind de la suferinţă, ni se relevă aspectul *patic* (nu patologic!) al existenţei. Prin suferinţă, omului i se pun probleme "existenţiale". Chiar dacă nu putem găsi *sens suferinţei*, aceasta "pune problema sensului vieţii". Suferinţa poate produce depresiune, ne poate copleşi; ea poate fi însă şi căutată, ne putem complace în ea. Căutarea *durerii fizice* în scopul unor satisfacţii (libidinale?) defineşte masochismul (algofilia sau algolagnia pasivă). Există însă toate formele de trecere spre masochinismul *psihic*, cum există forme de trecere între flagelanţi şi autoflagelanţi. În algolagnia pasivă, joacă frecvent un rol însemnat existenţa unui sentiment de culpabilitate care pretinde expiraţiune. *Evitarea* suferinţei este totuşi reacţia cea mai frecventă care cere, în ajutor, resursele medicinii.

Suferinţa este o problemă a *vieţii conştiente*. După cum am menţionat, combaterea ei este, în mare măsură, o luptă cu reprezentările despre suferinţă şi despre boală, ca şi o luptă cu teama. Conştiinţa poate fi "umplută" cu alte reprezentări care să o fixeze sau cu simţăminte concurente date de activitate (muncă, studii, creaţie etc) sau de satisfacţii (senzoriale sau mai înalte). Conştiinţa poate fi însă şi *întunecată* sau *suprimată* - prin mijloace toxice (alcool, analgetice, soporifice, stupefiante etc.) sau psihice (hipnoză, magnetism animal). În capitolul referitor la emoţie, am dat unele detalii cu privire la însemnătatea "sistemului estimativ" pentru conectarea durerii cu reacţiile afective.

*

Medicul nu poate fi indiferent la *interpretările filosofice* care s-au dat durerii şi suferinţei - dintre care unele sunt împărtăşite - sau schiţate spontan - de bolnavi. Descartes, "intelectualist" în acest domeniu, reduce durerea la cunoaşterea unei dezordini, a unui obstacol în calea liberului exerciţiu al activităţii noastre. Aristotel, Hamilton, Spencer, Grote - leagă durerea de activitate; durerea poate fi negativă, - rezultând din inacţiune, sau pozitivă -, rezultând dintr-o activitate excesivă; ea este nonsatisfacţia sau contrarierea unei tendinţe. Stuart Mill observă că activitatea generează suferinţa atunci când ea este cantitativ şi calitativ imperfectă. Am menţionat aceste teze pentru a semnala conexiunea între *imperfecţiune*, "rău" şi durere. Dartigues spunea că dacă am asculta glasul Pământului (corp astronomic), am auzi rumoarea suferinţei. Existenţa suferinţei în lume a constituit un prilej constant de meditaţie şi de argumentaţie pentru filosofii atei, ca şi pentru oamenii religioşi.

În mentalitatea primitivă, durerea este întâmplătoare şi evitabilă - în raport cu acţiuni de vrajă şi de contravrajă. În viziunea islamică, este expresia unei întâmplări inevitabile, fatale. În viziunea budistă, durerea este necesară şi lipsită de valoare, dar poate fi învinsă, evitată, depăşită. Viaţa omenească este mai ales suferinţă şi evitarea suferinţelor se face pornind de la analiza cauzelor ei: individuaţia, dorinţa. Schopenhauer a "modernizat" această viziune; suferinţa este rezultatul "voinţei", *esenţă* a lumii - şi poate fi suspendată în contemplaţie. În viziunea iudaică, suferinţa este privită ca o pedeapsă - deci este interpretată moral, în raport cu păcatele *individuale*. În alte concepţii hinduse, suferinţa este privită ca un exerciţiu spiritual, ca o antrenare a pocăinţei pentru un păcat fundamental, esenţial dar care ţine de lumea aparenţelor. Creştinismul tinde să considere suferinţa ca pe o valoare; ea poate fi învinsă, dominată, o dată cu progresul spiritual la care contribuie. Concepţiile tragico-eroice văd în suferinţă o încercare a virtuţii şi a curajului. Stoicii găseau în suferinţă un mijloc de îmbogăţire, o şcoală de fermitate; sufletul trebuie să rămână întotdeauna stăpân peste trupul pe care-l însufleţeşte ("boala este un obstacol pentru corp, dar nu pentru voinţă", spunea Epictet, sclav frigian, stăpânului său care îi sfărâmase gamba cu un instrument de tortură). În poezia lui A. de Musset găsim teza după care durerea este maestrul omului-ucenic: "nimeni nu se cunoaşte atât timp cât nu a suferit". V. Hugo insista asupra faptului că durerea uşurează deschiderea sufletului către semenii noştri. Ateii consideră suferinţa ca lipsită de sens - în măsura în care nu are utilitate biologică. În viziunea melioristă, progresul culturii, al civilizaţiei şi al organizării sociale va duce la suprimarea treptată a suferinţelor. Acceptarea suferinţei este un imperativ *biblic*. A dori să scapi de celebrul "vei naşte pruncii în durere" a părut un sacrilegiu arhiepiscopului de Canterbury: acestea l-a blamat pe Simson pentru că a administrat cloroform reginei Victoria în timpul unei naşterii. Dar în zilele noastre, papa Pius al XII-lea a declarat următoarele: "corectarea interpretării false a senzaţiilor organice şi invitaţia de a le corecta; influenţa exercitată pentru a îndepărta spaima şi teama nefundate - sunt valori pozitive, cărora nu avem nimic să le reproşăm, binefaceri pentru parturientă, pe deplin conforme cu voinţa Creatorului". De fapt, Dumnezeul biblic l-a *adormit* pe Adam când i-a scos coasta din care a făcut-o pe Eva.

După cum remarcă Merger şi Chadeyron, doctrinele contemporane insistă asupra aspectelor negative ale *situaţiei de suferinţă*. Durerea ne apare azi mai curând ca o putere tiranică, făcând din om un sclav; ea scade şi perverteşte activitatea; "din spiritul cel mai luminos ea face o fiinţă... concentrată asupra răului propriu, egoistă, indiferentă la toţi şi la toate, obsedată constant de teama reîntorcerilor dureroase... Departe de a ne duce spre caritate, durerea dezadaptează funcţiile fizice şi intelectuale... Ea consumă influx nervos". Nu este însă o exagerare în a afirma că "durerea este întotdeauna o diminuaţie", o uzură? Autorii înşişi adaugă că "săvârşirea oricărei funcţiuni este o cheltuială" şi că "după împrejurări şi după intensitate, consecinţele acestui rău pot fi o binefacere sau o primejdie".

O analiză lucidă şi cultă a suferinţei ne-a dat-o scriitorul italian Cesare Pavese, mare suferind.

Oricum, evoluţia mentalităţii din ultimul secol a mers de la *sublimarea durerii* la *teama de suferinţă* (Bericourt).

Neliniştea şi teama - urzeală a psihologiei cotidianului în medicină

Abstracţie făcând de durere - evenimentele psihice de care au a ţine seama cel mai des medicii sunt anxietatea şi teama. Boala este resimţită de către omul sănătos ca un spectru ameninţător ori de câte ori recepţionează informaţii verbale sau scrise despre stări morbide (la unii medici, această teamă dispare prin obişnuire). Teama de boală este cea care îl aduce pe omul aparent valid în cabinetul medical, pentru a i se "controla sănătatea"; este factorul psihologic de cea mai mare forţă care susţine campaniile profilactice de vaccinări sau campaniile sanitare de depistare. Boala este resimţită de către omul bolnav nu numai ca o limitare a libertăţii sale actuale, ci ca o perturbare posibilă în realizarea speranţelor sale de viitor. Boala poate fi o prevestire a morţii, a rupturii afective cu mediul, a separării şi îndepărtării de o ambianţă dragă, a frustraţiilor privind plăcerile sau şi datoriile vieţii; ea este o atingere a narcisismului (ceea ce explică *reîntărirea* acestuia, manifestată prin egocentrism) (P. B. Schneider, 1963). Pentru bolnav, prognosticul nu este o problemă intelectuală, de previziune ştiinţifică, ca pentru medic. Se adaugă teama de medic - cu aspecte atât de caracteristice la copilul mic; teama de manevrele exploratorii sau terapeutice (sondaje, injecţii); teama de rezultatul analizelor de laborator; teama de intervenţiile operatorii (care nu este numai o teamă de durere sau de mutilare, ci şi o teamă de incidente şi accidente neprevăzute şi - în orice caz - o teamă de *necunoscut).* Puţine sunt intervenţiile terapeutice lipsite complet de orice risc şi bolnavul (mai ales cel cult şi lucid) intuieşte că boala înseamnă trecerea printr-o zonă periculoasă. Încrederea în medic (de multe ori rezultatul priceperii acestuia de a câştiga încrederea bolnavului, dar adesea *în primul rând* oglindirea prestigiului şi renumelui acestuia) este cel mai bun mijloc care risipeşte teama. Ne putem ajuta, evident, cu sedative. Uneori, trebuie tratat fondul temperamental anxiogen al bolnavului (tetania, hipoparatiroidismul, distonia neurovegetativă). Este greşit obiceiul unor medici de a căuta să înăbuşe anxietatea *întemeiată* a bolnavului printr-o comportare aspră, rigidă, chiar gene-

ratoare de teroare. În hipertiroidism, unde capacitatea de a reacţiona prin teamă şi spaimă este mult exagerată, data operaţiei nu era anunţată bolnavului, pentru a evita o reacţie psihovegetativă uneori realmente malignă. Pregătirea bolnavului în ziua operaţiei se face prin sedare şi provocarea unei stări crepusculare (Pantopon etc.). Nu trebuie să uităm că anxietatea redeşteaptă, la mulţi bolnavi, trăsături *superstiţioase* de care trebuie să ţinem seama, oricât de absurd ni s-ar părea. De exemplu, bolnavul care se teme să fie operat într-o zi de marţi sau la data de 13 ale lunii nu trebuie operat împotriva voinţei sale, deoarece prin mecanisme de autosugestie el poate contribui *psihogen* la înrăutăţirea stării sale.

Şi *medicul* contribuie la "fondul" de anxietate (de obicei, bine disimulată) care caracterizează o bună parte din practica medicală cotidiană. Teama de contagiune - în cazul bolilor infecţioase şi epidemice - este unul dintre fenomenele frecvent întâlnite în acest câmp. "Teama de bolnav" poate fi, de exemplu, şi teama psihiatrului de actele agresive ale psihoticilor şi ale demenţilor. Dar ea poate fi şi teama medicului-bărbat de "fixarea" afectivă a unei bolnave, cu numeroase complicaţii ce pot decurge de aici. Medicul are de învins însă şi alte temeri şi anxietăţi, care ţin de eficacitatea actului medical: teama de "eroarea medicală" în diagnostic şi în tratament; "tracul" chirurgului înainte şi în timpul operaţiei; teama de a nu reuşi, în "încleştarea cu moartea" pe care o provoacă orice urgenţă medico-chirurgicală etc. Se adaugă cele care ţin de conştiinţa *responsabilităţii* sale şi de eventualitatea de a fi *tras la răspundere* pentru neglijenţe, erori, incompetenţe etc.

Teama este şi un mecanism de atragere a atenţiei organelor politice de stat către problemele de sănătate publică şi de medicină. W. Gilman, analizând evoluţia politicii ştiinţifice în S.U.A. pe o perioadă de 25 de ani, arată că finanţarea cercetărilor cu privire la antibiotice a fost impusă de necesităţile frontului (în război); ulterior, fondurile au fost orientate în sectorul oncologic. Dar, în 1955 şi în anii următori, a survenit atacul de cord a lui Johnson şi apoi cel a preşedintelui Eisenhover; a revenit în memorie spectacolul *infirmului* F. D. Roosevelt, mort prin hemoragie cerebrală etc., "fiecare dintre

aceste evenimente fiind o dramatică sfidare, sau reclamaţie pentru cercetare...". În zece ani, bugetele departamentului de sănătate şi ale instituţiilor medicale au crescut de la o sumă totală de 81 milioane de dolari la o sumă totală de 1 miliard*.

*

Anxietatea este un fenomen asupra căruia merită să ne oprim mai mult. Există treceri nesimţite (de unde confuzii descriptive şi interpretative) între teamă, frică, spaimă, anxietate, "angoasă"**, angoasă umană "normală" ori "existenţială" şi angoasă patologică sau morbidă; toate sunt stări psihosomatice, dar manifestările somatice (viscerale etc.) sunt mai pronunţate în spaimă. În forma sa cea mai clasică, angoasa se prezintă, clinic, într-un mod foarte asemănător cu teama, însă fără să existe o primejdie reală sau o ameninţare de pericol vital (obiectiv, conştient, actual). Explicaţiile psihopatologice ale angoasei o fac să urce la temeri sau spaime trăite efectiv, cândva, de subiect, ea reapărând atunci când există reînvierea (mai ales inconştientă) a acestor stări primordiale: (după psihanalişti) - teamă în faţa culpabilităţii oedipiene şi angoasă de castraţie cu toate vicisitudinile şi simbolizările sale, teamă de a fi abandonat de către mamă sau de către substitutul ei, teamă în urma eşecurilor sau a situaţiilor de neputinţă, teamă foarte arhaică de distrugere corporală sau de alterare a personalităţii, teamă - ipotetică încă - de traumatismul naşterii, teamă de moarte cu toate implicaţiile psihologice şi filosofice pe care le comportă, teamă de neant (sau, mai exact, de "neantificare") - în perspectiva existenţialistă filosofică şi medicală ... Noţiunea comună este cea de *ameninţare* (Schneider). După L. Bovet, angoasa este o "emoţie rezultând din aşteptarea nesigură şi temătoare a reînnoiri evenimentelor şi a sentimentelor o dată trăite, pe care le-am încercat subiectiv cândva ca fiind - pe bună dreptate sau nu - penibile,

* Pentru comparaţie, menţionăm că bomba atomică şi radarul au "costat", fiecare, câte un miliard; aproximativ un miliard costă fiecare nou tip de rachetă şi navă spaţială.
** În limba franceză *angoisse;* în limba germană *Angst* (care înseamnă şi frică); limba engleză nu are decât cuvântul *anxiety.*

intolerabile sau depăşind puterile noastre". După E. Strasky, angoasa este o "senzaţie", în timp ce anxietatea are o *structură mai complexă* şi poate fi opusă, oarecum, speranţei. Littré definea angoasa ca un "sentiment de constricţie în regiunea epigastrică, cu dificultatea de a respira şi mare tristeţe". Cât despre anxietate, ea ar putea fi considerată ca un prim stadiu al angoasei, sau ca o angoasă fără manifestările neurovegetative care o însoţesc de obicei.

Ştim că existenţialiştii văd în angoasă (sau în anxietate) una dintre modalităţile importante ale condiţiei umane: Kierkegaard o leagă de dobândirea libertăţii, în timp ce Hidegger vede într-însa, o experienţă trăită, un *Erlebnis* al neantului. Totuşi, după H. Piéron, ideea de neant şi chiar conceptul de negaţie nu pot fi gândite. Dacă angoasa de moarte apare atunci când aprofundăm ideea neantului viitor al propriei persoane, ea decurge din neputinţa spiritului, în plină dezorientare, de a gândi un lucru care nu poate fi sesizat *(appréhendé).* Ca atare, angoasa normală -, legată de moarte, neant sau libertate, nu apare ca o emoţie trăită decât dacă, voluntar, începem să gândim despre aceste probleme; ea încetează "la ordinele noastre" atunci când părăsim asemenea reflexii. Evident, această stare este diferită de cea pe care o încearcă bolnavii anxioşi care nu ştiu *de ce* sunt anxioşi şi nu pot să se debaraseze de anxietate.

Psihanalişti freudieni au, mai curând, tendinţa să nege posibilitatea unei angoase "normale", aceasta apărându-le ca un derivat inconştient (mai mult sau mai puţin nevrotic) al unei angoase primare trăită în timpul copilăriei sau a primei copilării. Dar pentru V. Gebsattel, conflictele, refulările precare etc. nu fac decât să *demaşte* anxietatea, condiţie bazală omenească. La o bună parte dintre bolnavi, persistă (mai mult sau mai puţin conştient) ideea că boala este o *pedeapsă* - iar sentimentul culpabilităţii întăreşte anxietatea. Freud distinge (1932) trei tipuri de *Angst (Real-, Neurotiche-, Gewissens Angst)* după cele trei raporturi de dependenţă pe care *ego*-ul le stabileşte: cu lumea exterioară, cu *Id*-ul şi cu *super-ego.*

Nu trebuie să uităm că există şi un determinism somatogen al angoasei şi al anxietăţii: angoasa bulbară descrisă de Brissaud (şi confirmată prin operaţii neurochirurgicale), angoasa legată de excitaţia

regiunii temporale a creierului (J. David), din encefalite şi din unele tumori cerebrale. Electroşocul determină o anxietate zisă hipotalamică. Sunt bine descrise angoasa hipertiroidiană sau hipoparatiroidiană, cea coronaniană, cea a cardiacilor sau a astmaticilor. Această "frică somatică" (Ey) afectează, probabil, mecanismele neurologice ale anxietăţii şi ale angoasei; nu putem ignora însă şi o componentă reacţională a persoanei biologice, "reacţia catastrofică" (asupra căreia a insistat, de exemplu, K. Goldstein). Tiroxina, corticosteroizii, adrenalina sunt anxiogene, ca şi unele medicamente cum sunt cardiazolul şi (tuberculostaticul) cicloserina. Cu privire la cicloserină, se cere însă să nu pierdem din vedere faptul că ea se administrează la cei suferinzi de o boală fizică îndelungată şi stressantă (tuberculoza). Pe de altă parte, etapa actuală a dezvoltării framacodinamiei este centrată pe producerea anxioliticelor şi a tranchilizantelor (psihofarmacologie). În unele cazuri totuşi tratamentul cel mai eficace al anxietăţii (poate chiar şi a celeia *în ultima instanţă* somatogenă) este psihoterapia, chiar sub forma elementară a prezenţei calmante a medicului (sau a prezenţei unui *medic calmant* - ceea ce nu este acelaşi lucru). O anxietate *în ultima instanţă* somatogenă *(ultim* în sensul analizei retrospective, adică *primordială)* este, de exemplu, cea dintr-o boală endocrină. Orice anxietate psihogenă este, în instanţă, apropiată, *somatizată* sau realizată prin mecanisme somatice. Biochimia anxietăţii a incriminat catecolaminele şi metabolismul acidului lactic (Pitts, 1969).

Angoasa este o emoţie intolerabilă şi împotriva sa se mobilizează forţe de apărare ale eului. Aceasta explică raritatea relativă a stărilor manifeste de angoasă (ca şi a celor depresive, dealtfel), în afara clinicii psihiatrice şi a nevrozelor. Intervenţia medicului şi a personalului auxiliar tinde să ajute la restabilirea echilibrului psihic (a homeostaziei) - mecanismele fundamentale pretrecându-se în afara câmpului conştiinţei. Dar pot apărea echivalenţe şi substituţii ale angoasei, manifestate prin perturbări ale psihismului şi ale comportamentului (Schneider). Unii bolnavi devin nelinişţiţi şi grijulii. Dacă mecanismul de apărare este regresiunea, ei devin pasivi, dependenţi, *copilăroşi*, foarte sensibili la hrana şi la atenţia care li se dă, tiranici, având impresia că totul li se cuvine. Prin proiecţie în exterior se ajunge la neîncredere, bănuială; sunt oameni plini de resentiment, eventual dezagreabili şi agresivi. Alţii par să suporte viaţa cu mult stoicism, ca şi cum orice manifestare emotivă ar risca să devină primejdioasă. Este cunoscută şi "fuga în somn", ca şi supraaprecierea mâncării - actul de a mânca fiind (ca şi la sugar) anxiolitic. Alţii reacţionează însă prin supraactivitate (motorie, intelectuală, profesională); supraactivitate adesea însoţită (D. M. Rioch) de o creştere (în sânge şi în urină) a glicocorticoizilor. Supraactivitatea tinde să evite confruntarea psihologică cu boala; este o tactică de diversiune (ca şi alcoolul, ca şi unele preocupări filosofice şi religioase *inautentice).* Aceste mecanisme de apărare constituie *riposte* elementare la ameninţarea angoasei (care reprezintă o *reacţie* la ameninţarea vieţii). Ele fac parte dintre atitudinile faţă de *boală,* reacţii şi riposte mai complexe, de care ne ocupăm în alt capitol. Acestea trec pe nesimţite în *alimentarea creaţiei* de către boală. Mai departe, asistăm uneori la izolarea bolii de orice context emotiv: bolnavul vorbeşte despre ea rece, profesional, intelectualizat – exprimându-se astfel *distanţarea* sa de boală. Un pas mai departe şi ajungem la *ignorarea* bolii (o variantă *psihogenă* de anosognozie!) şi nu este de mirare faptul că ea se întâmplă mai ales la cazurile foarte grave*. Dacă reacţia este supracompensatoare, apar veselia şi optimismul, semne care pot fi neliniştitoare pentru medic (în ce priveşte prognosticul). Angoasa se mai poate disimula în spatele unei supraestimări magice a posibilităţilor medicului şi a medicinii, care devin instanţe protectoare atotputernice. Alteori pacienţii iau o atitudine negativă şi agresivă. Agresivitatea şi autoagresivitate reprimă angoasă. Bolnavii sabotează investigaţiile diagnostice şi tratamentele, sunt indisciplinaţi şi recalcitranţi. S-a mai notat şi apariţia unor simptome obsesionale, de exemplu o adevărată "manie" a ordinei. Pe acest fond se notează crize *(poussées)* anxioase (J.S. Beigler).

* Cehov, care a fost şi medic practician - şi care a murit prin tuberculoză pulmonară - declara cu câteva zile înainte de moarte: "sănătatea îmi revine în chintale".

Bolnavii cu nevroză anxioasă reacţionează diferit la o boală fizică. Se observă reacţii de accentuare a anxietăţii, căderea în invalidism psihic, dar şi reacţii paradoxale: simptomatologia mentală dispare ca şi cum se mobilizează forţe de apărare până atunci ţinute în şah.

Înainte de a încheia aceste consideraţii generale, este cazul să observăm încă o dată (cu Schneider) că "anxietatea poate fi un izvor de energie psihică, modelând personalitatea bolnavului într-un mod care poate deveni progresiv şi structurant". A. L. Barach (1966, 1967) s-a făcut apărătorul "anxietăţilor prometeice", creatoare, deosebindu-le de anxietatea "endemică" sterilă.

Consideraţii speciale merită *reacţiile emotive ale copilului* la boală (Dalla Volta). Ele sunt de obicei *reacţii de intoleranţă* (agitaţie, insomnie, refuzul alimentelor, plâns). În cea de-a doua copilărie şi la copiii preşcolari, se pot întâlni fenomene de *exploatare a stării de boală* sau chiar *dorinţa de a fi bolnav* ca o expresie a unei "nevoi de dependenţă". Când copilul este lipsit de energie, se observă o *stare de relativă inerţie.*

Moartea ca problemă a psihologiei medicale

Geneza culturală a fricii de moarte

În mod obişnuit, omul de pe stradă "se teme de moarte" şi găsim naturală (şi explicabilă) o asemenea atitudine. În realitate, atitudinea faţă de moarte este în mare măsură *culturală* (şi nu naturală) şi dependentă în mod *complex* de starea de sănătate fizică şi - mai ales - de starea de sănătate sufletească.

M. Eliade a arătat, în studii de istoria religiilor, că, la multe popoare, "frica de moarte" începe prin a fi o *frică de morţi.* În mentalitatea primitivă, mortul nu este complet lipsit de "viaţă" (dealtfel, în concepţia animistă, întreg universul este *însufleţit),* el este capabil să facă rău celor "vii" (în sensul propriu al acestui cuvânt). Determinantul "concret" al acestei stări afective este, în multe cazuri, cadavrul – între altele, poate, amintirea figurată în vis. Prin metamorfozare, această stare de spirit poate fi aşezată atât la originea unor forme de cult al morţilor, cât şi la originea unor forme de teamă de moarte. Este cunoscut faptul că, pe o treaptă mai evoluată a civilizaţiei, credinţa în "viaţa de apoi" poate genera în masă (ca o caracteristică *culturală* a unor popoare) o adevărată *simpatie* pentru moarte (exprimată poetic de M. Eminescu în *Rugăciunea unui dac).* Moartea "fericită" *(euthanasia,* în sensul etimologic al acestui cuvânt) poate fi condiţionată, la aceste popoare, de *semnificaţia* ei (martirul creştinilor) sau de *situaţia* omului în momentul morţii (vikingii credeau că ajung în Walhala, dacă mor cu sabia în mână, luptând). O variantă a

credinţei în nemurirea sufletului este credinţa în reîncarnare (metempsicoza). Printre cei care au căutat o întemeiere *(biologică* a atitudinii faţă de moarte îl cităm mai întâi pe E. Mecinikov (în *Eseurile* sale *optimiste).* În mod curent se vorbeşte de "instinctul de conservare", care ne-ar obliga (prin mijlocirea reacţiilor afective) să ne ferim de moarte, să căutăm s-o evităm, să ne fie teamă de ceea ce constituie un risc pentru viaţă. Or, în lumea animală, nu sunt rare cazurile în care sacrificiul individului în interesul progeniturii şi al speciei reprezintă *regula,* un moment fatal şi natural în ciclul existenţei organismului. Îmbătrânirea ducând fatal spre o moarte naturală - în specia umană, este plauzibil să admitem existenţa unui "instinct" care să-l facă pe omul (foarte) bătrân să *dorească* împlinirea acestei fatalităţi în ordinea lucrurilor. Mecinikov a crezut că va putea argumenta manifestarea acestui instinct la longivivi.

S. Freud, într-o anumită etapă a evoluţiei gândirii sale, s-a considerat îndreptăţit să emită ipoteza existenţei a două instincte fundamentale – *instinctul vieţii* (identificabil cu *libido)* şi *instinctul morţii* (etichetat cu *mortido),* dinamizând simultan viaţa psihică dinspre inconştient. Se poate vorbi şi despre *Eros,* în opoziţie cu *Thanatos.* Instinctul morţii ar fi o tendinţă inerentă în orice viaţă organică pentru a se întoarce la o stare mai timpurie, *anorganică,* a existenţei.

Geneza culturală a imaginii terifiante despre moarte a fost examinată, între alţii, de către I. Biberi. *Iconografia* morţii, reprezentarea sa alegorică, exprimă variabilitatea atitudinii umane în funcţie de epoci, dă un echivalent sensibilităţii colective - dar ea influenţează, la rându-i, atitudinea. Este de menţionat opoziţia dintre reprezentarea morţii de către antici, vădind un calm surâzător şi respirând o melancolie resemnată - şi între simbolizările evului mediu, înfăţişând pe zidurile mănăstirilor schelete sau forme în putrefacţie şi descompunere. Cele două feluri de reprezentări traduc o diferenţă de atitudine: de o parte un echilibru senin şi de alta o sensibilitate turmentată şi instabilă. I. Biberi subliniază că reprezentarea medievală are şi o tematică egalitară; ea este, în acelaşi timp, o expresie a protestului împotriva inegalităţii sociale: dansurile macabre sugerează vanitatea diferenţelor de categorii sociale (şterse cu uşurinţă prin moarte, fie ea

târzie sau năprasnică); frecvent, schelete ale oamenilor bogaţi sunt figurate în vecinătatea scheletelor cerşetorilor. Obsesia morţii şi reprezentarea ei terifiantă se datorează, pe de o parte influenţei creştinismului, pe de altă parte, frecventelor epidemii care decimau populaţia Europei; printre aceste epidemii, un rol însemnat revine celor de ciumă. Pesta, "moartea neagră", prin formele sale fulgerătoare, prin incapacitatea omului de a o stăpâni, prin incomprehensibilitatea şi inexorabilitatea ei, a contribuit în mare măsură la încetăţenirea ideii de moarte-blestem, lovind "din senin" şi constituind astfel o ameninţare continuă, latentă, o teroare a cărei presiune a durat secole întregi*.

Scheletul, care la antici nu era decât un *memento mori,* devine un simbol al sensibilităţii obsedante. Dar "neliniştea izvorâtă din perspectiva singurătăţii omului sau a întâlnirii lui individuale cu moartea, este ocolită şi rezolvată în dezlănţuirea colectivă, abrutizantă şi zgomotoasă a dansului, menit să producă uitarea". Ronda mai reprezintă şi un "artificiu" de liniştire a spaimei individuale - figurând conştiinţa faptului că moartea este un fenomen ce loveşte întreaga omenire. În orice caz, suntem departe de imaginea antică a somnului frate geamăn cu moartea, răsăriţi deopotrivă din noapte. În iconografia modernă continuă să răzbată ideea fundamentală a *opoziţiei* dintre viaţă şi moarte, între ele nefiind nici o punte de comunicare. *Opoziţia* aceasta poate fi privită *(Kastner)* pe de o parte ca un rezultat al observaţiei superficiale şi vulgare, pe de altă parte ca un produs al tentaţiei spiritului uman de a opera cu elemente antipodice şi simetrice.

Dacă în cultura armonică şi echilibrată a vechilor eleni se găseşte filosofia *acceptării* destinului "implacabil", omul modern caută, dincolo de imaginea trupului lipsit de viaţă, *sensuri* morţii şi (dezorientat de răspunsuri) ajunge să nege sensul vieţii. Literatura romantică a secolului al XIX-lea a prezentat de multe ori moartea ca un obstacol suprem, dar frecvent, la realizarea speranţelor individuale (G. Leopardi), insistând asupra morţii pretimpurii, prin boală. Poemul

* Caracterul arhetipic şi simbolic al flagelului a fost bine sesizat de A. Camus în romanul său *Ciuma.*

Mortua est al lui M. Eminescu este caracteristic, P. Bourget a descris cu lux de amănunte progresiunea nemiloasă a unui cancer de cap de pancreas, pentru a opune *moartea fără sens* - morţii, prin sacrificiu pentru oameni sau pentru o idee *(Le sens de la mort)*. Evident, refuzul sau acceptarea morţii - în funcţie de *sensul* ei personal, social etc. -, este cu totul altceva decât frica de moarte ca o experienţa dureroasă, chinuitoare, îngrozitoare. Este cu totul altceva decât frica de moarte ca *frică de necunoscut* sau ca frică de a trece într-un tărâm de ispăşire (ca în monologul lui Hamlet din piesa lui Shakespeare). Seneca, Cicero şi Plato preconizau să întâmpine moartea cu dragoste şi nu cu supărare. Dar G. Barbarin observă că moartea reprezintă un salt atât de mare în necunoscut, încât chiar printre cele mai aventuroase firi nu se găsesc persoane care să simtă nevoia de a-şi satisface, murind, o curiozitate.

Psihologia clipei de moarte

Într-o lucrare amplă, G. Barbarin şi-a propus să demonstreze că, în general, imaginea despre moarte ca încheiere înfricoşătoare a vieţii nu corespunde realităţii psihologice şi că ea ţine de legende cu răspândire limitată în spaţiu şi timp. *"Moartea*, cu majuscule, craniul cu orbite goale, este opera pictorului, a zugravului şi a poetului. În realitate, moartea nu are nici o înfăţişare, nici esenţă, nici personalitate". Ceea ce ne înspăimântă nu este, de fapt, moartea *noastră*, ci moartea *celuilalt*, ale cărei faze se desfăşoară dramatic în faţa noastră. Moravurile sociale au făcut din *cazul* de moarte, un *spectacol* exterior, în timp ce el ar trebui să rămână un act intim. "Suferinţa este *preţul vieţii*. Suferim mai îndelung pentru a ne însănătoşi decât pentru a muri". Mahatma Gandhi a opus teama de moarte a *hindusului* atitudinii arabilor şi a afganilor, care văd în moarte numai o neplăcere *printre altele*. R.P. Huc a observat numeroşi chinezi murind "fără a se lupta cu moartea", stingându-se "ca o lampă fără ulei". După G. Barbarin, rădăcina "luptei cu moartea" se găseşte în rezistenţa oricărei creaturi conştiente faţă de gândul dispariţiei sale – rezistenţă determinată de mândrie, de obişnuinţă sau de spaimă. M. Maeterlinck

a atras însă atenţia asupra faptului că spaima ţine, de multe ori, de confuzia pe care o facem între *boala* care duce la moarte şi *sfârşitul* acestei boli. Un alt autor, R. W. Mac Kenna, recunoaşte că frica de moarte este larg răspândită printre oameni, dar este şi relativ uşor de învins, ceea ce ar constitui un argument împotriva ideii că ea ar fi expresia unui instinct. În adevăr, frica de moarte păleşte sub influenţa altor emoţii sau chiar sub influenţa unor impulsuri momentane: o interferează, de exemplu, dragostea, aţâţarea luptei, chemarea datoriei, instinctul matern. Celebrul medic german Chr. Hufeland, care a trăit la începutul secolului al XIX-lea, scria în *Macrobiotica* sa că nici o teamă nu generează mai multă nefericire decât teama de moarte şi că acestă teamă scurtează durata vieţii; credea însă că această teamă poate fi învinsă, dacă ne familiarizăm cu ideea morţii. Invers, se poate vorbi despre "intoxicaţi" cu ideea morţii - şi acestora li se pot opune perspective mai luminoase. "Intoxicaţii" cu ideea morţii au fost (după opinia lui Barbarin) mulţi scriitori cunoscuţi: M. Barrès, P. Loti, H. Duvernois, J. H. Rosny. Dar încă Epitect spunea că lucrul cel mai îngrozitor din moarte este ideea pe care ne-o facem despre ea, iar Montaigne scria că *philosopher, c'est apprendre à mourir*. S. Butler vedea în moarte un eveniment (sau un incident?) care produce mai multă *frică* decât *neplăcere*. Acelaşi Montaigne se întreba dacă *intrarea în viaţă* (naşterea) nu este mai greu de suportat decât moartea - întrebare care pare să-şi găsească un răspuns afirmativ în lumina cercetărilor psihologice mai noi (menţionăm teza despre "traumatismul naşterii" elaborată de O. Ranke şi de alţi psihanalişti).

Un clinician celebru, sir William Osler, a luat note detaliate cu privire la 500 de morţi la care a asistat. Nouăzeci dintre pacienţi au suferit de durere fizică sau de suferinţă variate; 11 au arătat teamă (sau presimţire?), numai doi - groază; câte unul a prezentat exaltare spirituală sau remuşcări amare. Pentru marea majoritate însă, "moartea a fost asemănătoare cu naşterea - somn şi uitare". Comparaţia morţii cu naşterea se întâlneşte şi la William Gull. William Hunter, în ceasul morţii, regreta că nu mai are forţa să descrie "cât de uşoară şi de plăcută" este această ultimă experienţă a vieţii.

Pornind de la asemenea mărturisiri, G. Barbarin a susţinut teza "morţii dulci". După el, durerea şi spaima nu pot să apară, de foarte multe ori, din cauza rapidităţii cu care se precipită deznodământul, sau - în cazul multor boli - din cauza epuizării nervoase ori a anesteziei asfixice*. Autorul aminteşte lucrarea lui A. Salivas din Bordeaux (1883), care a deosebit, după manifestările psihologice din apropierea morţii, trei clase de boli:

a) cele în care nu apare delir, în care inteligenţa rămâne adeseori intactă până în ultima clipă - şi în care moartea se produce prin cord sau plămân. Din această categorie fac parte majoritatea afecţiunilor medicale. Uneori se remarcă o stare de vioiciune premortală, iar "masca" mortuară este câteodată chiar extatică *(moriendum vaticinatio)*. Mulţi bolnavi mor resemnaţi, unii se calmează (după o perioadă de anxietate şi de agitaţie) şi pot elabora proiecte pentru viitor. Sentimentul de *bien-être* din ultimele clipe a fost consemnat sau admis de Barthez, Cabanis, Darwin, ş.a. Istoria păstrează date despre excitaţia euforică premortală a împăratului Hadrian, a poetului Ronsard, a scriitorului Alfieri. După Moreau de Tours şi Salivas, explicaţia acestei stări poate fi căutată într-o stare de excitaţie terminală a centrilor nervoşi (simpatici?), în timp ce Legrand de Saulle emite ipoteza unei alimentări *energetice* suplimentare a creierului;

b) altă categorie de boli interesează secundar creierul; ele se pot însoţi de delir;

c) în sfârşit, în bolile care afectează direct creierul, tulburările de conştiinţă sunt constante.

Există, fireşte, şi situaţii mai puţin "convenabile". Voivenel citează, printre bolile cu *exitus dramatic*, peritonitele, pancreatitele acute etc., dar atrage atenţia asupra faptului că *drama subiectivă* se limitează, de obicei, la începutul evoluţiei sindroamelor, când organismul nu este încă intoxicat şi infectat.

G. Barbarin trece în revistă, între altele, cazuistica privind moartea prin febră tifoidă, moartea subită, moartea "naturală" prin

* O importantă serie de observaţii clinice asupra ultimelor clipe din viaţă a fost strânsă de H. de Varigny *(La mort et le sentiment)*. Despre *dolcezza di morire* a vorbit G. Leopardi. Schopenhauer admitea că reflexul subiectiv al morţii nu poate fi decât *pierderea* conştiinţei.

bătrâneţe, moartea prin asfixia accidentală, prin înec, prin electrocutare, prin otrăvire cu gaz de iluminat, prin incendiu, prin îngropare în timpul unui cutremur, prin accidente de circulaţie, prin arme de foc, prin cădere din avion sau în prăpastie, prin atac al fiarelor sălbatice, prin execuţii capitale, prin spânzurare, prin otrăvire, prin epuizare, prin rănire mortală în bătălii militare etc.

H. de Varigny vede "o poziţie câştigată" în concluzia că moartea nu este chiar atât de neplăcută pe cât ne-o imaginăm. Barbarin pledează pentru teza morţii *analgetice* şi citează situaţii în care moartea pare să fie însoţită de un sentiment de fericire (intoxicaţia cu oxid de carbon, după Roubaud). În cazuri de traumatisme fizice sau de accidente, nu numai durerea, ci şi spaima lipseşte în momentele critice; durerea apare mai târziu. Fireşte, starea de spirit a condamnaţilor la moarte alcătuieşte un capitol aparte. A. Hoche a putut scrie, în 1919, că pedeapsa cu moartea înseamnă, de fapt, o condamnare la *spaima de moarte* – însă pe autor îl interesează *senzaţiile şi emoţiile* din momentul *suprem*. De multe ori s-a notat că ostaşii, în timpul atacului, nu simt pătrunderea gloanţelor sau a baionetelor în corp (ceea ce se datorează, în mare parte, stării speciale de excitaţie psihică). O excepţie la regula "morţii plăcute" a lui Barbarin o constituie unele execuţii barbare prin tortură, de asemenea intoxicaţia cu stricnină, tetanosul. Remarcabilă este observaţia că, în cazurile de agonie sau de pierdere a conştiinţei care nu s-au soldat cu moartea, faza dureroasă, neplăcută, greu de suportat a fost *întoarcere la viaţă*. Organismul care îşi recapătă forţele, îşi recapătă în acelaşi timp capacitatea de suferinţă (H. de Varigny). S-a ridicat şi problema dacă *reanimarea artificială*, medicală, deşi mai eficace, nu produce mai multe suferinţe decât revenirea spontană, prin mijloacele de apărare proprii ale organismului. Napoleon obişnuia să spună că "medicii şi preoţii au făcut ca moartea să fie dureroasă", iar M. Maeterlinck scria că "întreaga noastră ştiinţă ne ajută să murim cu mai multă durere decât animalele, care nu ştiu nimic". Maeterlinck (poet) critica obiceiul medicilor (interpretat de aceştia ca *datorie)* de a prelungi cât se poate mai mult agonia dureroasă a cazurilor disperate. În practică, întâlnim câteodată cazuri în care bolnavii incurabili reproşează

medicilor prelungirea existenţei lor. Istoria reţine, ca un caz "tipic" pe cel al lui La Boétie.

Ca argument pentru regula "morţii dulci", G. Barbarin aduce observaţiile psihologice efectuate de stări *analoage* morţii, cum sunt anestezia generală, somnul prin narcotice, sincopa, letargia şi catalepsia, *knock-out*-ul şi chiar somnul cel mai banal.

În 1963, F. Marti-Ibanez a susţinut un punct de vedere asemănător. "Împotriva părerii populare, moartea de toate felurile (cu excepţia unor cazuri neobişnuite sau unor accidente) nu este însoţită de durere fizică - dimpotrivă, este suportată cu seninătate şi chiar cu o anumită stare de bine şi de exaltare spirituală, cu o euforie premortală, care nu are origine religioasă sau filosofică, ci este determinată de acţiunea anestezică a bioxidului de carbon asupra sistemului nervos central ca şi de efectul substanţelor toxice". Această interpretare nu diminuează însă importanţa *atitudinii spirituale* faţă de viaţă şi de moarte, ca "psihoprofilaxie" a stărilor psihice nedorite din momentul *exitus*-ului.

O poziţie deosebită o întâlnim la I. Biberi. După psihiatrul şi scriitorul român, există o conexiune intimă între *thanatos* şi spaimă. Spaima se manifestă pe niveluri şi planuri diferite (umoral, organic, sufletesc) ca o "premoniţie a morţii iminente şi inefabile". Acest sentiment "penibil şi copleşitor" este legat cu o "tensiune de aşteptare, care traduce percepţia suspendării timpului şi intuirea nemijlocită a morţii". I. Biberi precizează, în continuare, că "intuirea morţii se poate face în două împrejurări: lucid şi integrat, în spaimă, obnubilat şi destrămat, în agonie". A treia modalitate de cunoaştere a morţii, prin adeziune voluntară la moarte (sau negaţia voluntară a valorilor vitale) prin identificare cu planul neantului, prin *indiferentism* – este principial neadecvată, deoarece detractarea echilibrului organic pare a fi condiţia *sine qua non* a coborârii într-o existenţă intemporală.

De pe poziţiile *psihologiei dinamice* s-a susţinut (D. Cappon, 1959) că persoana muribundă, neputând concepe nefiinţa ca o apărare a *ego*-ului ei, încearcă să "raţionalizeze" plecarea dintre cei vii. Firele de *libido* care leagă pacientul de viaţă sunt desfăcute, rămânând, pentru un timp, doar investiţia narcisistică în corpul dominat de boală. Incapabile să susţină dorinţa de a trăi, aceste fire se rup şi ele, astfel încât pacientul poate lua cunoştinţă de prognoza finală *chiar* cu un sentiment de uşurare.

De pe poziţiile *medicinii antropologice*, se poate face dinstincţia între "moarte *bună*", care înseamnă depăşirea "vechiului" – ca premisă a noului, a creşterii, a dezvoltării şi "moartea" *negativă*. Moartea "bună" este acea la *vie c'est la mort* a lui Cl. Bernard (sau, mai curând, moartea "vie", imanentă, pozitivă); este moartea cântată în versurile lui R.M. Rilke, moartea "cu sens". Moartea cea "moartă" este simbolizată prin cadavru *(la charogne)* – cadvrul simbolizând, la rândul său, ceva ce este rău, impur, interzis, corupt, descompus, "*excreta* la puterea a doua" (Schopenhauer). *Tabu*-ul morţii şi frica de *mort* pot fi, în parte, explicate prin această interpretare.

Atitudini faţă de moarte

Frica nu este singura atitudine afectivă faţă de moarte pe care o întâlneşte medicul la bolnavii săi. Modul în care privim moartea – înţeleasă ca opoziţie, ca negaţie, sau ca sfârşit al vieţii, reflectă evident atitudinea afectivă de viaţa *noastră* concretă, faţă de viaţa activă a omenirii (în care suntem angajaţi), faţă de viaţa biologică pe care o "apreciem" distanţându-ne *intelectual* de dânsa. Traumatismele afective suferite în cursul vieţii pot duce la o stare de *indiferentism* faţă de viaţă şi moarte, stare în care balanţa poate fi înclinată într-o parte sau alta, cel mult prin mijlocirea unor *argumentaţii*. Se vorbeşte în aceste cazuri de *tentaţia* neantului, dar şi de tentaţia de a *exista* (Cioran).

Lupta cu *obsesia* morţii este altceva decât lupta cu *seducţia* ei: M. Eminescu a exprimat în chip perfect ideea morţii *calmante*. În *Unchiul Vanea*, A. P. Cehov vorbeşte (pe linia anumitor tradiţii creştine) de moartea ca *odihnă* întrevăzută şi bine meritată. Michelet scria că este "consolant să te gândeşti că nimic din ceea ce are viaţă, nu scapă legii universale a morţii". Poetul german Th. Fontane are o strofă (postumă) în care spune că "cel mai bun" lucru ni-l oferă viaţa, este conştiinţa că se sfârşeşte cândva. În alte cazuri, găsim oscilaţii

dramatice între aderenţa la viaţă (se poate vorbi de o *fugă în viaţă)* şi seducţia morţii – înţeleasă ca împărăţie a liniştii şi a păcii. Există o diferenţă esenţială între *a trăi pentru că îţi place, a trăi din "conformism" social, a trăi pentru că ţi-e frică de moarte,* şi *a trăi din obligaţie,* considerându-ţi viaţa ca pe o datorie. Versurile lui G. Coşbuc (care constituie, totodată, epitaful său) sunt semnificative: "O luptă-i viaţa, deci te luptă/cu dragoste de ea, cu dor/...Tu-i ai pe-ai tăi? De na-i pe nimeni/te lupţi pe seama tuturor" Pentru Coşbuc "eşti un nemernic/de n-ai un ţel *hotărâtor".* Justificările obligaţiei de a trăi pot fi pământeşti (de ex. datoria faţă de copii) sau transcendente (sinuciderea – considerată ca un mare păcat de religia catolică).

Concepţia generală despre lume şi viaţă este, aşadar, un determinant de prim rang al *atitudinii* afective faţă de viaţă şi faţă de moarte (sunt influenţe dinspre sfera *spirituală* spre cea *sufletească).* Cele două tipuri *extreme* descrise de F. Baumgarten – tipul "legat de viaţă" *(Lebensgebunden),* pentru care activitatea este un mijloc pentru a obţine satisfacţii din sfera vieţii şi tipul "legat de operă" *(Werkgebunden),* pentru care viaţa este un mijloc de realizare a unui ţel axiologic (cu durabilitate, utilitate sau bucurându-se de respect şi de apreciere *suprapersonală)* – au, fiecare, o atitudine particulară în problema morţii. Meşterul Manole din balada noastră populară *(Legenda Mănăstirii Argeş)* este un tip legat de operă. Eroii ştiinţei – dar şi o bună parte din eroii istoriei politice – îşi extrag capacitatea de sacrificiu şi atitudinea curajoasă în faţa morţii dintr-o filosofie în care *individul* valorează *mai ales* prin contribuţiile sale de interes suprapersonal. Pentru omul "legat de operă", ducerea la bun sfârşit a unei activităţi creatoare înseamnă nu numai o împăcare cu viaţa, ci şi o împăcare cu moartea. În aceste cazuri, ideea morţii nu reprezintă niciodată (sau aproape niciodată) o obsesie paralizantă, ci un stimul al activităţii; *memento mori* înseamnă o invitaţie la folosirea optimă a capacităţilor de muncă, a timpului disponibil *(ars longa, vita brevis* – spuneau vechii hipocratici). Pentru omul "legat de viaţă", ducerea la bun sfârşit a unei activităţi creatoare înseamnă deschiderea a noi

posibilităţi pentru savurarea vieţii. Ideea morţii este gonită prin aderenţă (sau prin "dizolvare") în viaţă, iar *memento mori* înseamnă o invitaţie la culegerea atentă a clipelor *(carpe diem).*

Corelaţii între tipul de mentalitate şi atitudinea faţă de viaţă şi faţă de moarte pot porni şi de la alte analogii: de la tipologia *Weltanschauung*-urilor elaborate de K. Jaspers sau de la acele "forme ale vieţii" (Lebensformen) descrise de Spranger; acesta din urmă deosebea, printre alte ipostaze ale Omului, tipurile: teoretic, economic, estetic, de putere, religios, social (omul tehnic este un tip complex!), fiecare definit prin supremaţia unei anumite valori în "tabela" sa axiologică (o orientare dominantă către o anumită valoare structurează personalitatea în mod specific). Atitudini caracteristici sunt exprimate în folclorul poporului român. L. Rusu consideră ca fiind la fel de caracteristice atitudinea ciobanului din *Mioriţa* (contemplare şi resemnare învăluită de farmecul restituirii către natura frumoasă), sacrificiul constructiv al Meşterului Manole şi atitudinea combativă, neînfricată, de tip haiducesc (*Toma Alimoş).* Dacă reunirea lor în aceeaşi persoană este discutabilă, prezenţa lor în acelaşi popor îi asigură acestuia adaptarea, supravieţuirea şi creativitatea.

Există însă şi repercusiuni ale sferei *sufleteşti* spre cea *spirituală.* Accidente biografice în evoluţia psihică, infirmităţi şi boli, traume şi drame psihice influenţează (până la a o determina) concepţia despre lume şi viaţă. Caracteristică reacţiilor romantice este "revelaţia" sensului sau non-sensului existenţei prin fulguraţia unui incident sau accident personal. Pentru G. Leopardi moartea unei fete tinere este un argument suficient pentru a conchide cu viaţa este "amar şi plictiseală, iar lumea este mocirloasă". Pentru M. Eminescu (*Mortua est*) o moarte asemănătoare a unei fete pe care, probabil, o iubea (deşi ar fi fost suficient pentru "logica" expunerii – să o admire) este un argument peremptoriu în favoarea ateismului şi a ideii *lipsei de sens* a fenomenelor naturale. O asemenea "revelaţie", legată de incidente sau accidente personale (din domeniul suferinţei, bolii, morţii), stă la rădăcina multor ramuri moderne ale medicinii "heterodoxe" sau "neconvenţionale", cum sunt *Christian Science,* dar şi homeopatia sau

variante de naturism. Psihologia bolnavilor incurabili se caracterizează, în multe cazuri, printr-o evoluţie sau o involuţie spirituală ce reflectă reacţia personalităţii faţă de boală. În toate aceste cazuri, se pune, totuşi, întrebarea dacă infirmitatea sau boala *determină*, sau numai *ocazionează* o asemenea transformare; dacă reacţia este *specifică* pentru boală, stare, situaţie *(alospecifică)* sau specifică pentru personalitate, pentru capacitatea şi profilul ei individual de ripostă *(idiospecifică sau tipospecifică)*. Trebuie avută în vedere, de asemenea, eventualitatea în care reacţiile, alospecifică şi tipospecifică, merg în acelaşi sens, constituind în acest caz un cerc vicios (de exemplu, anxietatea condiţionată de evenimente poate amplifica anxietatea temperamentală). Modificările psihologice determinate de o boală ameninţătoare pot fi (după cum am mai menţionat) de tip regresiv (represiv), în sensul dat de către psihanaliză acestui termen. În unele cazuri regresiunea merge spre mentalitate de tip magic, mistic etc.

O atenţie particulară o merită atitudinea faţă de viaţă şi faţă de moarte a unor canceroşi (sau numai a unor indivizi "predispuşi" la cancer). După Le Shan, aceşti bolnavi sunt adesea "disperaţi de a fi ei-înşişi" (autorul foloseşte o expresie a lui Kierkegaard). Dincolo de o aparentă justificare, oarecum reuşită, la cerinţele vieţii, explorarea psihologică care merge în adâncime (care nu se mulţumeşte cu aprecierea superficială) descoperă lipsa unei satisfacţii reale, lipsa speranţei şi a unui "sens" subiectiv dat vieţii. Deşi aceşti bolnavi se tem de moarte, ei nu doresc să trăiască. O stare sufletească analoagă (?) a fost descrisă încă de Seneca sub eticheta *libido-moriendi*. Lipsa de credinţă în propriile capacităţi de dezvoltare se asociază cu impresia că orice contact cu lumea este traumatizant sau disproporţionat faţă de rezultate. Aprecierea destinului aminteşte de legenda lui Sisif. Propriul eu este "intolerabil". Paradoxal, investiţia energetică şi de iniţiativă în activitatea zilnică pot fi menţinute; *Weltanschauung*-ul bazal al pacienţilor este însă unul "mecanic", fiind ghicit şi un predeterminism cenuşiu, un destin implacabil *(moira)*.

Marele romancier german Th. Mann a consacrat multe pagini bolii şi morţii. El tinde să adere la părerea că, pentru destinul multor

oameni, abia atunci când ei sunt "copţi pentru moarte" are loc şi *maturaţia vieţii*. Boala şi moartea (mai bine zis apropierea morţii) sunt "marii educatori", însemnate călăuze preţioase către ceea ce este *omenesc*. Ceea ce elogiază Th. Mann este însă *viaţa*, dar o viaţă autodisciplinată, care a renunţat la rătăciri, simpatii primejdioase şi "farmece"; *o sănătate superioară*, care restabileşte "ideea omenească în puritatea ei". Totodată, Th. Mann prezintă moartea "cu două feţe", una comică şi una tragică, una rizibilă şi una gravă.

O problemă importantă de psihologie medicală este aceea a *atitudinilor şi comportamentului celui condamnat sau a muribundului* faţă de *ceilalţi*. Unele cercetări (sau scrieri literare) pun în evidenţă "răutatea", "negativismul", tendinţa de a "deteriora"; altele dimpotrivă, o "creştere" psihică (intuiţii valoroase asupra experienţei, mari bucurii, importante reevaluări ale trecutului).

Schopenhauer susţinea că, dacă n-ar fi existat moartea pe Pământ, cu greu s-ar concepe şi existenţa filosofiei. Afirmaţia este, în multiple sensuri, de ordinul evidenţei (deşi numai de ordinul evidenţei *elementare)*. Omul este - se spune – singura fiinţă care ştie că este muritoare, moartea este trecută printre certitudinile *necondiţionate* ale vieţii. Această certitudine a fost exploatată până la refuz de către filosofia existenţială (Kierkegaard, Heidegger, J. P. Sartre). O examinare a eseurilor sau numai a discuţiilor ocazionale pe această temă ne arată însă superficialităţi şi confuzii inadmisibile. Pentru că ele se cer evitate de către medicul practician, considerăm utilă transcrierea unei sistematizări "didactice" a atitudinilor faţă de moarte. Se confundă prea ades *perspectiva* "de principiu" a morţii (*toţi oamenii sunt muritori),* cu *ameninţarea morţii* (de exemplu, printr-o boală gravă), cu *iminenţa* morţii (într-o urgenţă medico-chirurgicală sau în evoluţia imposibil de stăpânit a unei maladii), cu *frica de moarte* – privită ca o trecere înspre un "dincolo" (ce poate fi neant). Nuvela lui Lev Tolstoi, *Moartea lui Ilici*, este citată ca fiind ilustrativă pentru conştientizarea, prin boală, a situaţiei existenţiale a celui muritor (V. Gusic, 1980). Se confundă, de asemenea, incurabilitatea cu suferinţa; sau frica de moarte cu dragostea de viaţă, ori iubirea de moarte cu frica de viaţă - ca în unele aforisme ale lui Schopenhauer. Destinul

inexorabil al Omului, ca ființă muritoare, este identificat în mod nepermis cu incapacitatea medicinii terapeutice ("naturalul" este interpretat ca "eșec tehnic").

"Omul în fața morții constituie, în esență, nu numai o problemă de *tanatologie* (moarte umană ca obiect de știință, M. Kernbach), cât, mai ales, o problemă de *antitanatologie*, o cercetare a reacțiilor și ripostelor, practice, teoretice, psihologice, mitologice, culturale etc.

Deosebim:

A) *Mijloace tanatoprive:*

a) combaterea "realității" morții prin mijloace active: optimizarea vieții individuale și colective (eubioza); medicina însăși (ca practică și ca știință); evitarea morții accidentale; prelungirea vieții (macrobiotica); profilaxia noxelor toxice; lupta împotriva războiului etc.;

b) compensarea pierderilor aduse de moarte: demografică (procreația) și în relațiile umane (rezerve de prieteni, de cadre profesionale, de soldați etc.);

c) asigurarea conservării, perenității, valorificării (măcar) parțiale a vieții pieritoare: o viață biologică (în progenitură), viață socială (civilizație și cultură: modalitate de nemurire prin creație, memorie, inscripții, documente, legende, monumente funerare etc.).

B) *Mijloace pasive:*

a) "buna folosință" a morții (sacrificiul, înlocuirea vechiului cu noul, restituire spre ciclul materiei, pedeapsa, răzbunarea, eutanasia, "experimentul" util etc.);

b) "buna folosință" a ideii despre moarte (eventual și exacerbarea controlată a conștiinței fatalității morții), în scop juridic, moral, religios, filosofic, artistic, social-politic, medical (teama de moarte obligă la îngrijirea sănătății);

c) conviețuirea cu ideea de moarte: metode de cenzură (evitarea gândurilor despre moarte), metode de mascare, de "fard" și de ornamentare (de exemplu, analogarea morții cu somnul), metode de obișnuire (ca în epidemii, în catastrofe naturale, în război, în medicina de urgență), metode de "vaccinare psihică" (de exemplu, pregătirea la traumatismul pierderii unei ființe dragi prin familiarizarea cu moartea altora);

d) mijloace chimice (psihotrope: somnifere, calmante psihanestezice, evaziune toxicomană - banala beție);

e) mijloace psihologice: de diversiune, de abrecație și catarsis, de consolare, de compensare, de antieclipsare (în eclipsa solară, un corp ceresc insignifiant, Luna, ne împiedică să vedem Soarele!); *logoterapia* lui V. Frankl țintește refacerea sensului vieții la cel obsedat, desperat, sau îndoliat); mijloace patologice (alienația mintală!), psihosociologice (normarea doliului, Freud);

f) mijloace culturale: religia (nemurirea, reîncarnarea, panteismul, reînvierea), morala cu variante recomandabile, pozitive: a sacrificiului, datoriei și obligațiilor, a eroismului, a stoicismului, dar și cu variante negative, condamnabile: a egosimului, a masochismului sau a perversiunii), filosofia "dezindividualizării" (altruism, statisticism, supremația indiscutabilă a colectivității, viziunea budistă despre iluzia individualității, viziunea biologizantă cu supremația speciei și a liniei filetice, "devalorizarea" sistemică a individului*), filosofia cotidiană comparativistă ("poate fi și mai rău"), deprecierea vieții, exaltarea morții, viziunea eternei reîntoarceri sau a unor armonii superioare care acoperă accidentalul (*Teodiceea* și "armonia prestabilită" a lui Leibnitz). Obiectivele unor astfel de filosofi (sau filosofări) sunt multiple: atenuarea sentimentului morții; exacerbarea sentimentului vieții până la camuflarea sentimentului morții; atenuarea contrastului dintre viață și moarte prin atenuarea sentimentului vieții.

Sinuciderea

Problema *atitudinii față de propriul eu* devine o problemă de "viață și de moarte" în multe sectoare care interesează pe medic. Ea intervine în etiologie, patogenie, vindecare, este o premisă a atitudinii față de medic și față de acțiunea terapeutică etc. Aspectul cel mai dramatic este cel relevat în *sinucidere*. Analiza suicidului este extrem

* Ca în *Moartea lui Fulger*, de G. Coșbuc: "Din codru rupi o rămurea/ce-i pasă codrului de ea?"

de instructivă pentru întreaga problemă discutată în capitolul prezent. (Pentru A. Camus, problema sinuciderii este extrem de reprezentativă pentru un grup întreg de probleme existenţiale ale antropologiei filosofice).

Sinuciderea este un act cu semnificaţie variată şi multiplă. Tocmai de aceea, scriitorul Anton Holban a considerat-o drept o *moarte care nu dovedeşte nimic* (acesta este titlul unui roman al său).

Termenul apare în 1737 (Desfontaines). Baldwin o defineşte drept o "*crimă* intenţională asupra propriei persoane" (dar *intenţia* este greu de demonstrat întotdeauna). În această definiţie se strecoară, precum se vede, o judecată de valoare sau şi o apreciere juridică ("crimă"). Mentalitatea actuală, mai tolerantă (şi deci mai omenească), judecă actul sinuciderii *mai puţin juridic*, mai puţin *religios* (ca pe un "păcat"); caută să-l explice *sociologic* şi să-l eticheteze psihologic şi *psihiatric*. Este dincolo de orice îndoială că *frecvenţa* sinuciderilor este influenţată de factori social-economici (E. Durkheim), dar *problematica* sinuciderii are numeroase aspecte biologice, psihologice şi spirituale. Considerăm că este exagerată afirmaţia lui Perr, după care sinuciderea este o "boală mentală cu efecte duse la limită".

Există *dezechilibre caracteriale* care favorizează tentativa. Impulsivul va avea motive futile, va surprinde prin bruscheţea actului. La paranoici vom găsi o hipersensibilitate morbidă. Irascibilul, perversul, hiperemotivul, anxiosul - reprezintă alte categorii de predispuşi, fiecare predispoziţie avându-şi "mecanismele" sale. Un lot masiv este furnizat de către întârziaţii afectivi (prin atitudine "captativă", prin mare sugestibilitate, prin tendinţa la imitare, în urma forţării atenţiei şi milei etc.). Există un *coeficient personal* în ceea ce priveşte gradul de premeditare, alegerea "momentului" şi a modalităţii de execuţie (L. Szondi a insistat asupra ultimului aspect în a sa "analiză a destinului" - *Schicksalsanalyse).*

Mijlocul folosit nu este totdeauna "mijlocul la îndemână". El este ales şi în raport cu *semnificaţia simbolică* a mijlocului, cu valoarea sa de traumatizare asupra "eului" (unii preferă mijloace blânde, nedureroase; alţii, dimpotrivă, vor să provoace propriului trup şi suflet un maximum de agresiune). Sinuciderea prin spânzurare ar reprezenta, în acest sens, expresia unei tendinţe de autoumilire; condamnarea la moarte prin spânzurătoare este considerată - în tradiţia juridică - o pedeapsă mai gravă decât condamnarea la moarte prin împuşcare, de exemplu. Faptul că în homeopatie se disting variate tipuri de gânduri de sinucidere, apărând în cadrul patogenezei diferitelor remedii şi dispărând la tratamentul *adecvat* - sugerează şi o rădăcină intrapsihologică a "alegerii" modalităţii de sinucidere. Pelagroşii se sinucid adeseori prin înnecare; există, oare, o legătură între importanţa senzaţiilor de arsură în simptomatologia subiectivă a bolii şi această macabră "preferinţă"?

Rădăcini *infrapsihologice* are, de multe ori, *localizarea în timp a* gestului disperat (la femei, în perioada de "tensiune premenstruală", de exemplu). Însemnătatea factorului ocazional poate fi argumentată: a) în ce priveşte alegerea mijloacelor, cu frecvenţa sinuciderii prin spânzurare la bătrâni şi a aceleia prin otrăvire (cianură etc.) la chimişti; b) în ce priveşte frecvenţa *exitus*-ului faţă de tentative, prin situaţia întâlnită la medici ("cauze" mai numeroase? Ocazii mai frecvente de a găsi mijloace? "tehnică" mai sigură?). În alegerea mijlocului şi a metodelor (a *"structurii"* suicidului) contează şi "modelele" culturale (pesimişti celebri, opere literare - cea mai cunoscută fiind *Werther* a lui Goethe, stele de cinema etc.). Dacă afirmăm că în recurgerea la sinucidere nu intervine numai modul de a privi viaţa şi moartea, ci şi modul de a privi *sinuciderea* însăşi, în această frază trebuie să se cuprindă şi constatarea că unii oameni nu "înţeleg" deplin gravitatea actului în diversele sale implicaţii. Copilul, de exemplu, nu "realizează" ce înseamnă sinuciderea deoarece nu înţelege prea bine ce înseamnă moartea (copilului şi adolescentului nu îi este limpede riscul anihilării ireversibile).

Ne interesează, în primul rând, să deosebim *sinuciderile* de "simplele" tentative. Unii vorbesc despre *sinceritatea gestului:* foarte frecventă fiind tentativa-şantaj, îndreptată spre obţinerea unei aprobări, unei stări de timorare receptivă la influenţe, unor avantaje utilitare sau decizii favorabile, prin presiunea morală. *Domină* aici calculul conştient, nu disperarea. După cum sublinia încă Freud, "o sinucidere reuşită este, adeseori, mai curând o tentativă care s-a ratat

în mod nefericit". La copii îndeosebi (şi la persoanele copilăroase), sinuciderea îmbracă adesea aspectul unui joc necinstit şi periculos. Numărul celor care comit o tentativă de sinucidere este, în Anglia, de opt ori mai mare decât cel al sinucigaşilor; numai o *mică* parte din cei care tentează actul mor printr-o sinucidere reuşită, ulterior. În general, ei au o lungă expectaţie de viaţă, ceea ce face ca aceşti "candidaţi la sinucidere" să reprezinte un procent non-neglijabil din populaţia unei ţări.

În al doilea rând, ne interesează unele "tipuri bine conturate", în legătură cu situaţii patologice, bine definite. D. Duché deosebeşte (1964) sinuciderea melancolicului, sinuciderea schizofrenicului şi cea a epilepticului. (În ce priveşte sinuciderea epilepticului, o importanţă practică pare să aibă nu atât sinuciderea survenită în timpul unei crize sau a unei echivalenţe, cât sinuciderea - *reacţie-ripostă la boală).* Stările depresive *reacţionale* la o boală incurabilă, la o dizgraţie fizică nu sunt, în principiu, deosebite de cele care apar în legătură cu problemele sexuale, cu decepţiile sentimentale (în sensul cel mai larg al cuvântului), cu conflictele familiale sau de altă natură. Ceea ce se cere descifrat în asemenea reacţii este *semnificaţia* pentru "psihologia persoanei" a gestului de suicid, *motivaţia sa profundă* (chiar abisală). Suicidul este adesea un gest de fugă din faţa unor dificultăţi aparent fără soluţie (şi în acest sens poate fi considerat ca o reacţie de "apărare", lipsită de eficacitate reală). În situaţiile intolerabile, sinucigaşul recurge câteodată la sinuciderea-"pariu" (de exemplu, ingerează un drog în cantitate moderată; hazardul va decide dacă va supravieţui, fiind descoperit la timp, dândui-i-se la timp îngrijirile necesare competente etc.). "Suicidul oblativ" este tentativa de a rezolva situaţia conflictuală printr-un soi de expiaţie (holocaust etc.). Sinuciderea este însă şi o *manifestare de agresivitate,* îndreptată atât împotriva mediului (răzbunare), cât şi împotriva propriei persoane, *în sens autopunitiv.* "Justificarea" operaţiei de autoacuzare, autocondamnare şi autoagresiune poate fi găsită în sentimente de culpabilitate *întemeiate* (eroare comisă, act imoral, neglijenţe cu repercusiuni etc.). Adeseori însă, ele exprimă numai un *narcisism dezamăgit.* Propria fiinţă nu este, pur şi simplu, la înălţimea aşteptărilor, deziluzionându-ne prin imperfecţiune psihică sau fizică, prin fragilitate somatică, prin incapacitatea de a face faţă la solicitări (sau la exigenţele propriului ideal), prin boli dureroase sau dezgustătoare pe care le are de suportat. Psihanaliştii au insistat însă mai mult asupra agresivităţii care se întoarce împotriva subiectului identificat cu "obiectul libidinal" pierdut (Freud). Cu alte cuvinte, în locul urii - îndreptată împotriva *cauzei externe* a suferinţei, sentiment interzis de cenzura morală (sau de o cenzură acţionând în virtutea altui principiu axiologic) - apare autoacuzarea. Stekel consideră că orice tentativă de suicid este numai o expresie mascată a dorinţei de homicid.

Fără a nega valabilitatea unor asemenea interpretări, limitate însă la *unele cazuri,* nu putem ignora şi alte interpretări psihodinamice - cum este cea propusă de A. Adler (reacţie de apărare sau de răzbunare, *supracompensând* un sentiment de *inferioritate).* În orice caz, se pare că există o tipospecificitate a reacţiilor afective în faţa nereuşitei sau a eşecului: unii indivizi reacţionează prin mânie, învinovăţind pe ceilalţi, alţii reacţionează prin anxietate. După cum am mai menţionat, pe plan psihosomatic tipul al doilea de reacţie este mai puţin nociv mediului social, dar mai nociv sănătăţii proprii; el este cel care duce, *in extremis,* la sinucidere şi nu la crimă. "Cotitura" de la sentimentele de autoacuzare la cele de acuzare este considerată, de către unii psihiatri (Wolpe, 1952), ca un semn favorabil de evoluţie a psihonevrozelor. Se pare că la numeroase persoane umane, sentimentul de *culpabilitate* este extrem de uşor de deşteptat. Acestora, boala li se poate părea (dacă nu neapărat o *binemeritată* sancţiune, de origine imanentă sau transcendentă, cel puţin), o binevenită ocazie de a contribui la anihilarea propriei fiinţe, de exemplu prin nerespectarea indicaţiilor terapeutice sau prin încălcarea interdicţiilor medicale formale. Dacă sinucigaşul poate fi caracterizat drept omul care "îşi administrează moartea" *(il se donne la mort,* spune francezul) - bolnavul care se neglijează (premeditat sau prin resorturi subconştiente şi inconştiente) *se lasă singur să moară.*

O parte dintre sinucideri sunt "mascate" de către cei care le comit sub aparenţa *accidentelor.*

Este interesant de amintit poziţia lui Im. Kant. Acesta s-a declarat un adversar implacabil al sinuciderii; a considerat că disputa dintre eroism şi laşitate, legată de problema sinuciderii, nu este o dezbatere *morală*, ci una de ordin psihologic. Pe de altă parte, citate dintr-un cunoscut scriitor italian contemporan (Pavese) ne pot arăta cât de multiplu interpretat este actul sinuciderii de către una şi aceeaşi persoană (în speţă, persoana autorului, care s-a sinucis în cele din urmă): "sinucigaşii sunt ucigaşi timizi. Masochism în loc de sadism"; "stoicismul este sinuciderea"; "răspunsul este unul singur: sinuciderea"; "este nevoie de umilinţă, nu de orgoliu"; "de fapt, în marile perioade, te-ai simţit întotdeauna tentat să te sinucizi... Ideea sinuciderii era un protest al vieţii. Că nu vrei să-ţi mai mori moartea". Sinuciderea poate fi, aşadar, eclipsă de sens, agresivitate, şantaj, act impulsiv, curaj, laşitate etc.

În aceeaşi ordine de idei, menţionăm unele mărturisiri ale practicanţilor *yoga* de înalt nivel, din India: stăpânirea progresivă a funcţiunilor fiziologice este urmărită pentru a reuşi performanţa unei morţi pregătite spiritual şi autocontrolate - şi nu a unei stingeri a vieţii din cauze incidentale.

Este important să reţinem că 60% dintre sinucigaşi sunt văzuţi de un medic cel puţin odată în cele două luni care preced evenimentul fatal, pentru simptome neprecise (depresiune cu insomnie, comportare modificată, gânduri negre). Sinucigaşii sunt *"des gens très malins"*, ascunzându-şi proiectele nefaste faţă de medic. Psihoterapia şi psihofarmacologia sunt bineînţeles indicate - şi se poate încerca şi medicaţia homeopatică, foarte bogată în remedii psihotrope. În repertoriul lui Kant de găsesc 3 remedii de prim ordin, 22 remedii auxiliare şi 43 remedii secundare, menţionate după "modalitatea" imaginată (înnecare, spânzurare, prin cuţit, prin armă de foc, prin aruncare în gol, prin otravă), după prezenţa sau absenţa anxietăţii, după motivaţie etc.

O recomandaţie extrem de utilă este *amânarea* sinuciderii, conduită care permite depăşirea unor momente critice. O recomandaţie similară este evitarea tentativei în condiţii de oboseală sau de indispoziţie accidentală. Instituirea (în unele oraşe mari) a unor

consultaţii telefonice pentru cei în impas s-a dovedit eficace, cel ispitit de sinucidere găsind momentan un sprijin în altcineva, deşi acesta nu este prezent în imediata sa apropiere şi nu este cunoscut personal (sau tocmai de aceea).

Aspecte legate de vârstă

Atitudinea faţă de moarte se constituie şi se schimbă în cursul evoluţiei individuale. Problema nu este bine studiată deoarece (Mary Williams) moartea a rămas un subiect *tabu* în culturile occidentale, omorul, genocidul şi sinuciderea fiind singurele teme adâncite (sau permise?). Copilul începe prin a *nu şti* despre ea, apoi - pentru că nu o înţelege - o *neagă*. În a doua etapă, moartea este asimilată cu o boală lungă, cu o dispariţie provizorie - deci este considerată sub semnul reversibilităţii. Încetul cu încetul, survine înţelegerea procesului biologic, reprezentarea bazată pe fapte sociale; ultimul element "realizat" fiind tocmai *ireversibilitatea*. O anchetă efectuată pe copii de 10-15 ani (Deshaies) a arătat că 93% dintre ei prezintă o netă repulsie (ideea de neant, de durere, de absenţă, de pedeapsă); într-un procent de 6% moarte le apare totuşi ca dezirabilă, liniştitoare.

La cealaltă extremitate a vieţii, cercetările au adus date contradictorii: întrebările provoacă anxietate. Se pare că educaţia (nivelul ridicat de cultură) reduce teama de moarte. Mai clare sunt răspunsurile care cercetează pregătirile concrete (testament, grijă pentru mormânt etc.), în vederea morţii. Asemenea preocupări există la 76% dintre persoanele ce au depăşit vârsta de 60 de ani. Oricum, moartea rămâne pentru tot cursul vieţii o problemă importantă a omului (deşi rareori îi centrează preocupările), iar atitudinea bătrânilor depinde de structura lor sufletească, de credinţe, de tradiţie - de modul de a o concepe (soră a somnului; prieten; expresie a mâniei sau a justiţiei divine; poartă a vieţii sau "ţel" al vieţii, în sensul odihnei în lumea anorganică), de a o raporta personal sau apersonal, ca opoziţie a vieţii sau ca fază a ei, ca neant sau ca speranţă. Moartea poate fi explicată sau divinizată; de obicei, astăzi, este depersonalizată, anodină şi colectivă. Odată cu pierderea sentimentului religios, moartea a devenit mai

străină, mai puţin familiară - dar totodată şi mai indiferentă. Trebuie să ţinem seama nu numai de limitele *suportabilităţii* ideei de moarte, ci şi ale capacităţii de *a o imagina*. Pregătirea pentru moarte este o sarcină a ceea ce Schulte numeşte "psihoterapie comunicativă".

De interes medical este nu numai atitudinea pacientului faţă de perspectiva *propriei morţi*, ci şi de atitudinea persoanelor faţă de *moartea altora*, în primul rând faţă de moartea celor *apropiaţi*. (G. Marcel scria: *te iubesc* înseamnă *tu nu trebuie să mori.)* Mijloace psihoterapeutice şi psihofarmaceutice se cer folosite pentru protejarea rudelor, prietenilor, ambianţei. Probleme speciale se ridică referitoare la moartea (sau la boala mortală) în sânul *familiei*. Sentimentalismul umanitarism curent este înclinat să acorde prioritate stărilor sufleteşti ale bolnavului, care ar dori să fie îngrijit de ai săi; nu trebuie să uităm însă că o boală gravă sau penibilă traumatizează sufleteşte (şi oboseşte intens) tocmai pe cei apropiaţi. Se pun deci probleme de igienă psihică foarte complexe. Din educaţia morală a fiecăruia ar fi necesar să facă parte atât obişnuirea (resemnată) cu inevitabilitatea pierderii unor fiinţe dragi, cât şi hotărârea de a nu pretinde sacrificiul altora (de obicei mai tineri), în numele infirmităţilor tale (aduse, în general, de vârstă).

Personalul medical şi asistenţa muribunzilor

Ceea ce se înţelege sub verbul "a muri" poate fi considerat ca o "arie semnificativă a comportamentului uman" (M. A. Lieberman). Studiului interacţiunilor între pacienţii muribunzi (sau care se apropie de moarte) şi personalul de spital nu i s-a acordat însă o suficientă atenţie. B. G. Glaser şi A. L. Strauss au cercetat "tactica" optimă în relaţiile cu pacienţii, pentru a realiza un confort cât de mare al acestora - în funcţie de certitudinea morţii, de modul în care survine moartea şi de "timpul" prezumtiv la care este aşteptată. S-au deosebit patru atitudini bazale: atitudinea "închisă", cea de suspectare, cea de ascundere mutuală (fiecare dintre personajele dramei este conştient de adevăr dar îşi menţine un "stil de interacţiune" din care celălalt să nu

poată deduce acest fapt) şi atitudinea "deschisă". După autori, menţinerea bănuielii printr-un anumit "ritual" în comportare, evitarea certitudinii - este un procedeu complex, debilitant şi dezumanizant pentru toate părţile. În majoritatea cazurilor, rezultatul este mai bun prin contextul "deschis" decât prin cel "închis". Din mai multe puncte de vedere, contextele "închis" şi "suspect" au în ele elemente care duc la eşecul lor final. Probabil că atitudinea nu este aceeaşi în *diferite* medii sociale, culturale, religioase. În Europa, se evită "să se vorbească de funie în casa spânzuratului", în timp ce în S.U.A. cunoscuţii tind să discute între ei, ca despre un fapt divers, evoluţia bolilor necruţătoare de care suferă ("Ce-ţi mai face cancerul?").

Problema se pune, fireşte, întrucâtva altfel dacă bolnavul este ţinut în *mediul său familial*. Moartea unei persoane apropiate (unui "tu") nu poate fi considerată numai ca un *termen final al devenirii*. În afară de *pierderea* unui obiect de afecţiune, a unui sprijin moral şi material etc., moartea acestui "tu" are o valoare emoţională deosebită şi prin aceea că ne apare ca *moarte proprie*. Împăcarea cu soarta este favorizată aici de epuizarea fizică şi morală a celor care îngrijesc bolnavul, iar uşurarea resimţită prin degrevarea de la sarcinile penibile şi traumatizante deschide calea resemnării.

Probleme oarecum particulare le ridică pregătirea părinţilor (şi chiar a copilului) în cazul în care copilul este bolnav de o boală incurabilă. Se pare că atitudinea cea mai bună este păstrarea unei raze de speranţă (există remisiuni, terapeutica este în plin progres etc.) şi folosirea tuturor mijloacelor medicamentoase şi psihoterapeutice pentru a suprima toate simptomele penibile. Când moartea este iminentă, inevitabilul trebuie acceptat cu demnitate (eroismele "de ultim moment" trebuie evitate). Pentru *copil* este mai bine ca părinţii să stea lângă dânsul până la *exitus*. Oricum, îngrijirea copilului ar trebui să fie numai o parte dintr-o "îngrijire totală" fizică şi emoţională, care să includă şi pe membrii familiei (S. Faber).

Într-o ordine de idei apropiată, menţionăm că, printr-o atitudine plină de *tact*, se poate obţine şi permisiunea pentru necropsie (sau acceptarea ei). Necropsia poate fi prezentată ca ultima ocazie de a înţelege boala celui decedat, ca o "datorie" faţă de acesta şi nu numai

ca o *operaţie* de cercetare a organelor pentru îmbunătăţirea tratamentului altor cazuri similare, ca o "bună folosinţă" a morţii ce nu a putut fi evitată, în folosul altora şi al omenirii.

Eutanasia

Moartea este, pentru multe situaţii *întâlnite curent în medicină*, sfârşitul unei existenţe dureroase. Avem "dreptul" să ucidem pentru a pune capăt durerilor? Problema, totodată subiect de înalte speculaţii filosofice, de axiologie, problemă de drept uman şi de medicină legală, temă de lege morală şi de doctrină religioasă, are "multiple faţete" şi face să apară acea "legătură necesară a ştiinţelor despre care vorbea Diderot, acea fecundă colaborare a inteligenţelor prin care ne eliberăm de îngustimea vederilor prea specializate şi ne ferim de judecăţile (prea mult) influenţate de către spiritul profesional".

Termenul *eutanasie* are trei accepţii principale:

a) *bonne mort douce et sans souffrance* (Littré). Este sensul pe care i l-a atribuit cel care a inventat termenul: Fr. Bacon, marele filosof englez, unul dintre întemeietorii gândirii moderne. Acesta preconiza ca fiecare artă şi ştiinţă să contribuie la a face acceptabilă moartea. Scriind că "omul este incapabil să se bucure în chip sănătos de viaţă, dacă nu are idei senine despre moarte", el susţine că o moarte "bună" nu poate fi obţinută fără aportul esenţial al educaţiei şi al filosofiei.

b) curmarea vieţii "inutile" sau împovărătoare (în acest sens eutanasia şi-a dobândit o tristă şi îngrozitoare reputaţie, fiind chiar arbitrar şi dăunător conectată cu termenul de eugenie: uciderea deliberată a celor infirmi, fizic sau mental; a celor indezirabili din punct de vedere ereditar - disgenicii - sau rasial (ca în genocidul efectuat de regimul lui Hitler şi de nazişti în cel de al doilea război mondial);

c) curmarea vieţii chinuite *(eutanasia* preferată *aneubiozei)* - singura care interesează direct pe medicul terapeut.

Forgue propunea distincţia între *eutanasia naturală* (aceea în care, după expresia lui Dastre, nevoia morţii apare la sfârşitul vieţii, tot astfel cum nevoia somnului vine la sfârşitul zilei) şi *eutanasia artificială* (în care liniştirea minutelor supreme este cerută substanţelor calmante sau narcotice ori altor mijloace). Trebuie să luăm în considerare condiţiile variabile ale acestei eutanasii *provocate*, după cum boala însăşi o realizează sau după cum medicul preia iniţiativa şi execuţia ei sau după cum o terţă persoană este complice. Eutanasia poate fi privită, pe de o parte, ca un complement al *eugenezei*, naşterea anestezică, indoloră (atât pentru mamă, cât şi pentru făt). Tot Bacon se întreba dacă omul care se naşte nu suferă mai mult - în momentul naşterii, decât omul care moare - în momentul morţii, o problemă care a fost atinsă de noi şi în alt paragraf. "Pentru cel care suferă incurabil, eutanasia este dreptul la *exeat*, la ieşirea din viaţă, îndulcită şi uşurată prin mijloacele ştiinţei". (Forgue). Curmarea vieţii chinuite se motivează, aici, în respectul pentru om (umanism, umanitarism, omenie) - în contradicţie dialectică cu respectul pentru viaţă ("evlavia faţă de viaţă" preconizată de Albert Schweitzer). Intervin distorsionante, compasiunea, empatia şi simpatia. În această categorie de conduite situăm crima prin compasiune, "altruistă" în fond (tema unui roman de Graham Greene) şi sinuciderea eutanasică (din incapacitatea de a suporta orice fel de moarte sau o viaţă degradată prin boală, din milă dată de propria persoană).

Practica eutanasiei este mult mai veche decât cuvântul; o întâlnim la societăţi vechi sau primitive. Se spune că vechii germani îi ucideau pe bolnavii cronici; în Birmania, un incurabil consideră că este obligat să se spânzure; după Amundsen, eschimoşii practicau suicidul când durerile deveneau insuportabile; în unele părţi ale Indiei, bolnavul ce nu se mai putea vindeca era condus de familie pe malul Gangelui şi - cu nasul şi gura umplute cu mâl sfânt - era aruncat în fluviu, "Dar, în general, această eutanasie a popoarelor primitive răspundea unei ideii economice şi alimentare; ea rezulta din raritatea hranei şi din suprimarea necesară a gurilor inutile: era o *chestiune de stomac.* Eutanasia modernă este de ordin sentimental: este o *chestiune de nervi;* iar indicaţia dominantă este suprimarea durerii. Cu toate acestea, între germanul barbar îngropând de viu pe bătrânul incurabil şi civilizatul *dernier-cri,* oferind celui care vrea să fugă de o agonie

dureroasă... aparatul în stil modern, distribuitor automat al morții prin narcoză, nu există o diferență de *vină:* culpabilitatea constă în faptul că o *luăm* înaintea destinului, curmând voluntar o viață omenească" (Forgue). În vechea Marsilie (după relatările lui Valerius Maximus), oricine putea aduce în fața senatului motive temeinice care îl făceau să-și dorească moartea putea obține *dreptul* de a folosi o băutură de cucută. (Legenda spune că autorizația oficială putea fi acordată și celor care se simțeau fericiți și care se temeau ca norocul să nu-i părăsească. În fond, și *moartea de bucurie* - sau în culmea fericirii - este o eutanasie).

În 1516, Thomas Morus publică *Utopia:* din republica sa ideală și imaginară, umanistul englez dorea să izgonească durerea. Bolnavilor incurabili, cu boli pestilențiale, cu dureri continui și înspăimântătoare, preoții și magistrații le vor da sfatul de a "fugi din viață ca dintr-o închisoare" sau de "a se lăsa eliberați de alții". În *Utopia,* omului îi era interzis să se ucidă fără permisiunea consiliilor (autorității), dar sinuciderea la sfatul autorității era considerată ca o comportare virtuoasă. Nu întâmplător, în țara care l-a produs pe Th. Morus, și în general în țările anglo-saxone, legislația morții anticipate (conform cu certificatul de incurabilitate) a avut onoarea să fie examinată în concret și de către legislatori. Prin contrast, "spiritul latin, de o veselie sfântă, îndrăgind lumina și acțiunea, iubește viața și și-o dispută până în ultimul minut". În Franța, proiectele de eutanasie nu au găsit ecou. (Este de amintit și încercarea neizbutită a lui Nobel - inventatorul dinamitei - de a crea la Roma și la Milano stabilimente de eutanasie, ca stabilimente *filantropice).*

În schimb - ca reînvieri ale unor atavisme (?) - ele au găsit ecou în Germania, unde încă în primele decenii ale secolului nostru s-a mers mult mai departe decât în intențiile lui Morus și Bacon. Binding a cerut "licența de a distruge viețile care sunt lipsite de valoare biologică", iar Borckhardt a susținut dreptul statului de a face să dispară idioții incurabili. Preferăm să nu insistăm asupra ororilor naziste.

Eutanasia a fost, între timp, nu numai direct obiect de discuții juridice și de reportaje ziaristice senzaționale, ci - mai ales - temă

literară: pentru povestiri de anticipație (H. G. Wells, Benson, Ald. Huxley, A. Maurois); b). pentru romane (care - după Forgue - exagerau latura sentimentală a problemei); c). pentru teatru (care - după același autor - exagera latura sa tragică). R. Berton a vorbit, într-o piesă, despre "dreptul de a ucide", iar M. Maeterlinck - de necesitatea unei *"mile mai îndrăznețe".*

Oponenții la eutanasie au, mai întâi, argumente axiologice. Caracterul sacru al vieții umane și limitarea indispensabilă a drepturilor noastre asupra ei sunt principii directoare ale oricărei activități omenești. Este adevărat că "prețul vieții" și-a pierdut valoarea absolută în urma înspăimântătoarelor distrugeri de vieți omenești din ultimele războaie; de asemenea, el a fost zdruncinat sub influența conjugată a exaltării individualismului, a indulgenței pentru crimele pasionale (cel puțin - ca fenomen literar), a slăbirii ideilor religioase, a filosofiei orgolioase care vede în om arbitrul destinului său etc. Forgue ne pune în gardă împotriva acelei variante de umanitarism care nu tolerează suferința; chirurgul francez își exprimă toată simpatia pentru "sufletele tari care luptă împotriva marilor nefericiri și împotriva marilor dureri".

Din punct de vedere medical, E. Forgue găsește două obiecții puternice la folosirea sistematică a "loviturii de grație" de către medic: *failibilitatea diagnosticului și mai ales a prognosticului; posibilitatea de vindecare în cazuri aparent incurabile.* Trebuie să avem în vedere, firește, progresul continuu al medicinii, care (în ultimele decenii) merge accelerându-se. Pliniu scria că nu există decât trei (feluri de) boli în care medicina ar avea dreptul de a curma, odată cu viața, suferințele bolnavului: calculii vezicali, "marea durere la stomac" (ulcerul) și nevralgiile trigeminale, Astăzi, aceste trei boli pot fi stăpânite ușor de medicină; medicina stăpânește de asemenea numeroase alte boli care până acum câteva decenii erau condamnare sigură la moarte, la suferință, la descompunere (unele cancere, meningita tuberculoasă, etc.).

După părerea noastră, trebuie să facem o deosebire între prognosticul îndepărtat și cel apropiat; între *sensul* de desfășurare al procesului morbid și posibilitățile de a îmbunătăți *starea prezentă.*

Diagnosticul de boală incurabilă nu înseamnă întreruperea *imediată* a vieții active sau a vieții care aduce satisfacții; *prelungirea* vieții este o misiune tot atât de nobilă ca și *vindecarea* bolii - dar, de obicei, îndeplinirea ei este *practic* mai dificilă. O anumită mentalitate *scientistă* face pe unii medici să nu acorde suficientă atenție cazurilor incurabile dar parțial recuperabile prin măsuri care realizează (temporar sau pe perioade lungi) o "sănătate" aparentă, fie ea și *condiționată* de luarea de măsuri, uneori costisitoare și complicate. Aceeași mentalitate face pe unii medici să prevadă prognosticuri exclusiv după datele statistice oficiale, stabilite în condiții de tratament mai mult sau mai puțin standardizate, ignorând evoluțiile aberante (care pot fi favorabile), eficacitatea posibilă a unor tratamente "neconvenționale" și chiar a intervențiilor psihoterapice excepționale (vindecările zise "miraculoase"). A lăsa pe bolnav pradă destinului său nefericit, a-l "lăsa să moară" în asemenea *condiții* este a proceda *aneutanasic,* a avea o atitudine mult mai reprobabilă, din punct de vedere etic, decât *eutanasia.*

Este oare o *cruzime, aceea de a releva bolnavului situația sa iremediabilă?* Forgue o consideră mai mult decât o cruzime - o lipsă de datorie: "suntem cei care legănăm veșnic suferința umană și, până la sfârșit, trebuie să întreținem speranța". Spre deosebire însă de Forgue, care ca și Thoma de Aquino - "preferă un sentiment consolant, unui adevăr care luminează", sau - ca și Victor Hugo - preferă *ignoranța,* speranței - credem că speranța nu se întemeiază numai pe o "iluzie întreținută caritabil" și nu are numai funcție consolatoare. Starea de speranță și de încredere face parte din mecanismele de luptă împotriva bolii, de rezistență, de vindecare. Datoria medicului este să lupte atât timp cât rămâne o speranță *(dum spiro, spero);* dar, adeseori (după cum insistăm în multe ocazii) omul (și mai ales bolnavul) poate "respira" numai atâta timp cât speră. Datoria medicului este să întrețină în bolnav lupta acestuia cu moartea. Citând pe Goethe, care spunea că "murim, numai dacă vrem să murim", G. Barbarin comentează: "în realitate, lupta cu moartea este numai o luptă cu tine însuți. Atât timp cât nu consimțim și nu capitulăm, moartea nu poate fi victorioasă". Autorul citează fraza lui Marcello Fabri: "deîndată ce mi s-a stabilit diagnosticul în conformitate cu care trebuia să mor, m-am decis să trăiesc". În această ordine de idei, J. Lange (1930) atrăsese

atenția asupra faptului că ritualurile anumitor religii, în care moartea este privită ca o *mântuire,* demobilizează bolnavul; ele sunt, în multiple sensuri – "tehnici" de eutanasie.

Rolul pe care îl atribuim *atitudinii față de moarte* este oare exagerat?

Datoria noastră este să luptăm, datoria noastră este să conservăm, acesta a fost răspunsul lui Desgenettes dau lui Bonaparte, care îi cerea să otrăvească pestiferații inevacuabili din Jaffa, ceea ce era - la drept vorbind - eutanasie în serie... Medicul poate interveni – nu anticipând moartea, ci - cel mult – scurtând și atenuând agonia. Dar, oare, resursele care îi mai rămân medicului (neputincios să mai conserve) sunt numai *opium* și *mentiri?*

Forțele morale nu se reduc la forța de autoiluzionare. Pragul morții poate fi trecut mai ușor prin sentimente atât de variate cum sunt satisfacția datoriei împlinite, dorința de a te sacrifica pentru o cauză mare, sesizarea armoniilor lirice sau muzicale. Sufletele puternice știu nu numai să "privească moartea în față" (cum spunea mareșalul Ney), ci să se detașeze de punctul de vedere egocentric. Există un eroism al curajului și un eroism al acestei desprinderi de tine-însuți de care au dat dovadă numeroși *medici-pacienți* în ultimele lor momente de viață (Grotjahn). La unii dintre ei, luciditatea profesională s-a menținut până la *exitus* și totuși au știut să moară liniștiți. Mai mult, curiozitatea științifică i-a făcut pe unii să dea dispoziții detaliate pentru studierea anatomopatologică a propriului corp (devenind chiar și coautori postumi ai unor lucrări anatomoclinice care *îi privea).* O asemenea detașare poate fi favorizată de cultura înaltă, dar ea se poate observa și la oameni simpli, din popor. Personajul Mihai Vlascov din romanul *Mama* de Maxim Gorki se îmbolnăvește grav; femeia sa îl roagă să se lase operat pentru a se face bine. El însă refuză și o amenință strângând pumnii: "dacă mă fac bine, o să fie și mai rău de pielea ta".

În sfârșit, mai există obiecții de altă natură împotriva practicării eutanasiei de către medici. Una este teama de abuzuri. Alta este admirabil exprimată de Ed. Pamfil (psihiatru și poet): "Suferința omenească ar deveni o panică teroare, când întâlnirea cu medicul ar cuprinde o probabilitate de omorâre, fie ea oricât de eutanasică". Și, mai departe: "În ceața preistoriei, vindecătorul era socotit capabil de miracolul resurecției, dar neinvestit de dreptul suprimării".

Expresia ca mijloc de cercetare clinică

Introducere

Termenul "a exprima" este curent folosit, dar *relaţia de exprimare* este încă rău definită, cu toate că s-a constituit, în secolul nostru, o adevărată ştiinţă a expresiei *(Ausdruckskunde,* Klages). Între "exprimantul A" şi "exprimatul B" există o relaţie întrucâtva deosebită de relaţia cauzală. Expresia (care se referă la un aspect caracteristic al dinamismului vieţii) se îndreaptă spre *exterior* (în sensul că "exteriorizează"), se *adresează* cuiva – deşi acest cineva poate fi un spectator sau un receptor *virtual.* Nu tebuie să neglijăm deci *valoarea informativă* pe care o are expresia (şi tocmai această valoare o face interesantă pentru psihologia medicinii). Uzual atribuim calitate de *expresie* la ceea ce este – nu numai perceptibil, dar şi direct inteligibil de către o altă persoană. De aceea expresia "ţine" de coexistenţă, de schimb, de interacţiune între semeni. Termenii A şi B admit un "joc", au o anumită autonomie reciprocă - de unde posibilităţile *măştilor* şi a *teatrului* (nu numai în sens artistic, ci şi în sensul lui "a juca teatru în viaţa de fiecare zi"). De multe ori "jucăm roluri" impuse sau "jucăm propriul nostru ideal" (Klages). Ceea ce se exprimă poate fi o stare momentană sau un fond permanent. O stare momentană este, de exemplu, emoţia; fondul permanent îl reprezintă temperamentul şi caracterul; studiul expresiei face parte, astfel, şi din diagnosticul personalităţii.

După Allport, se poate stabili o opoziţie între *comportamentul de luptă* (respectiv *adaptativ)* şi cel *expresiv.* Cel de luptă are o

motivare specifică, poate fi determinat de nevoile momentului şi ale situaţiei, este provocat, poate fi controlat, este conştient, duce de obicei la modificarea mediului (sau la schimbări de mediu). Comportamentul expresiv reflectă o structură mai adâncă şi mai permanentă a persoanei, este spontan şi subconştient; efectele sale sunt mai ales incidentale etc. În fiecare act uman există o proporţie variabilă de activitate de luptă/adaptare şi de activitate de expresie. După Klages, prima ţine de "spirit", cealaltă de "suflet".

Cercetarea *ştiinţifică* analitică a reuşit să clarifice în parte sectorul expresiei emoţiilor şi - în general - al expresiei prin mişcare (pantomimica). Orice regiune mobilă a corpului este expresivă, fie că este în repaus, fie că este în mişcare. Cât priveşte expresivitatea *formei* şi a *structurilor,* suntem limitaţi, încă, la interpretări pe baze empiric-intuitive (fiziognomonice).

Cercetarea (panto) mimicii trebuie să ţină seama de intervenţia factorilor sociali în programarea, în modelarea şi în controlul expresiei emoţionale. Multe gesturi au valoare descriptivă, simbolică sau convenţională.* Există mari diferenţe individuale în ce priveşte spontaneitatea expresiei, gradul ei de socializare, *nevoia* de exprimare, *gradul* de expresivitate, forma de expresie etc.; lumea expresiei este o "lume a nuanţelor" (Minkowski).

În sfera manifestărilor expresive intră faciesul, mimica, ţinuta corporală, mersul, gesturile, vocea, scrisul etc. S-au descris până la 1.000 (!) de poziţii statice semnificative diferite (E.W. Strauss, 1952; G.W. Hewes, 1955); expresie este şi poziţia în somn (Adler, 1927; H. Johnson, T. Swan şi G. Wiergard, 1930). Semnificaţia psihanalitică a posturii a fost analizată de F. Deutsch (1947). H. Bogen şi O. Lipmann au publicat (1931) o lucrare intitulată *Mers şi caracter.* Cercetări bazate pe înregistrări automate, în această direcţie, au fost efectuate de V. Enătescu (1980). Încă din 1942 F. Sanford a arătat că, prin analiza vocii, se poate diagnostica caracterul. În cadrul expresiei figurii – "centrul de greutate" este adeseori pus pe *privire.* După

* V. Enătescu a constatat (prin mijloace obiective) valoarea examinării gesticulaţiei mâinilor, în diagnosticul psihiatric (1982). Expresivitatea mimicii a fost cercetată în lucrările de anatomie artistică a prof. dr. Gh. Ghiţescu (1970).

părerea unor autori (la care ne raliem şi noi), manifestările *artistice* reprezintă de asemenea o importantă cale de a stabili diagnosticul persoanei şi diagnosticul "de stare" (normală sau patologică). În felul acesta, se stabileşte o punte între studiul individual, *personalistic*, al expresiei şi anumite capitole din istoria şi teoria culturii (care se ocupă cu ceea ce Dilthey a numit *valori expresive*). O noţiune centrală şi care conectează aceste două mari domenii este aceea de *simbol*, de *expresie simbolică* (Cassirer). *Expresia simbolică* este "calul de bătaie" al psihanalizei clasice. O încercare de a lega psihanaliza de istoria culturii - tocmai pe linia expresiei simbolice - o reprezintă, în esenţă, opera cunoscutului "psihanalist disident" C.G. Jung.

Allport enumeră studiul expresiei ca pe *una* dintre cele *11 metode bazale* de a cerceta personalitatea. Configuraţia comportamentului expresiv este numită de acest autor - *stil*. Cercetarea stilistică se ocupă de *maniera* în care se desfăşoară un act (cum?), şi nu de *natura* actului (ce?). Încă W. Stern (1932) a atras atenţia asupra primejdiilor la care ne expune folosirea metodelor *monosimptomatice* în psihodiagnoză (de exemplu, limitarea la grafologie). Am sublinia şi necesitatea unui studiu prelungit în timp. Este adevărat că există o "consistenţă în timp" a mişcărilor expresive, ca şi o congruenţă între diferite manifestări expresive (ca între facies, grafologie şi voce etc.). Dar congruenţa este numai parţială; între diferitele aspecte există numai o corelaţie statistică (Yule, 1944; Doob, 1958), şi nu o legătură rigidă. În psihologia contemporană, se vorbeşte despre slaba corelaţie *trans-situaţională* între rezultatele testelor.

Se pare că femeile sunt superioare bărbaţilor în ce priveşte interpretarea *intuitivă* a comportamentului expresiv. Faptul poate fi explicat prin însemnătatea deosebită a relaţiilor personale în viaţa femeilor (Allport).

Ca *alterări ale expresiei*, Minkowski citează: 1. tulburări ale mimicii; 2. pseudoexpresii (fenomene fără semnificaţie explorabilă, fără context coerent – ca în râsul şi plânsul pseudobulbar); 3. afecţiunea (supraîncărcarea inutilă, surplus artificial); 4. manierismul (în care mijloacelor de expresie le lipseşte simplitatea şi naturaleţea); 5. teatralismul (în care autenticitatea este dubioasă - dominând facticele); 6. verbalismul. Cu toate aceste alterări vine în contact medicul - nu numai în clinica psihiatrică, ci şi în orice cabinet de consultaţii sau la patul bolnavului.

Faţa

Încercările de a sistematiza *fiziognomica* se împart, după scopul lor, în:

a) tentative referitoare la expresia emoţiilor. Medicul cunoaşte, desigur, expresia unor stări ca: greaţa, spaima, enervarea, resemnarea, "melancolia", ura, batjocura, dispreţul, sfidarea etc. De asemenea, este caracteristică mimica legată de durerea (stăpânită sau nu) din cefalee, dispnee, angor, gastralgii, colică renală etc.;

b) tentative semeiologice (faciesul ca element de diagnostic şi de prognostic); există faciesuri patognomonice;

c) tentative referitoare la cunoaşterea constituţiei, temperamentului şi a caracterului;

d) tentative privitoare la destin (*metoposcopia* lui G. Cardano, în sec. al XVI-lea).

Cercetări şi teorii, ca cele psihiatrice ale lui Magnan şi cele crimonologice ale lui Lombroso (sec. XIX) sau ca cele psihanalitice ale lui Szondi (ca şi cele de tipologie astrologică), se înscriu simultan la ultimele două rubrici. Magnan a insistat asupra aşa-numitelor "semne de degenerare", care ar fi prezente cu o mai mare frecvenţă la nebuni şi (Lombroso) la criminali. Lombroso a publicat *atlase fotografice* de criminali şi de prostituate.

Frenologia lui Franz Joseph Gall (1758-1828) se baza pe postularea unor localizări topografice cerebrale ale instinctelor (forţe fundamentale) şi ale atributelor mentale generale (intelect, voinţă, atenţie etc.). Dezvoltarea acestor facultăţi ar fi legată de dezvoltarea preferenţială a unor zone cerebrale şi acest fapt se poate citi pe forma craniului ("bosa" inteligenţei etc.). După Gall, creierul nu este sediul "sufletului", ci sediul manifestărilor conştiinţei, normale sau patologice *(sedes morbi)*. Pentru că există deformări patologice ale craniului (în

rahitism, de exemplu), acestea trebuie bine cunoscute de către cel care doreşte să tragă concluzii asupra minţii, din examinarea capului.

Ce indicaţii ne poate da, *pentru psihologie, morfologia feţei?*
A) E. Fougerat, într-o încercare de a sistematiza un imens material documentar şi păstrat prin tradiţie, împarte feţele umane în 6 tipuri mari:

1. *Tipul pătrat* era aşezat de către greci sub inflenţa lui Marte, zeul războiului; calitatea psihologică corespunzătoare este energia, voinţa de a realiza, activitatea fizică (caracterul autoritar). Tipul are corespondenţe cu tipul muscular al lui Sigaud şi cu tipul sangvinic activ. Victor Hugo, Beethoven, R. Wagner "aparţin" tipului pătrat. Mulţi dintre pătraţi" sunt orgolioşi şi devin avari odată cu înaintarea în vârstă.

2. *Rectangularul* era legat, în tradiţia elenă, de influenţa lui Jupiter şi a soarelui. Este temperamentul "cald şi uscat", care are nevoie de activitate şi de dominare, dar este mai "teoretic" şi arată mai puţină forţă în realizarea ideilor. Ca exemple sunt citaţi Dante, Voltaire, Boileau, Bonaparte, Thièrs.

3. Cei cu *faţa lungă* erau denumiţi altădată atrabiliari sau saturnieni bilioşi sau nervosobilioşi, Sunt hipersensibili, pesimişti, meditativi. Ca exemple se citează Descartes, Racine, Chateaubriand, Branly, A. France, G.B. Shaw.

4. *Triangularul* este un "lung" la care volumul capului spre tâmple domină maxilarele. Dominaţi de travaliul cerebral, sunt mai îndrăzneţi, mai originali, mai fantastici, mai himerici sau mai aventuroşi. Misticii se întâlnesc mai ales printre "triunghiulari" (au dragoste pentru miraculos) (Francisc de Assissi, Calvin). Dar printre ei se întâlnesc şi filosofi (Kant), muzicieni (Chopin), pictori (Delacroix), oameni de ştiinţă (D'Arsonval, Piccard), chiar diplomaţi (Talleyrand). Trebuie notată instabilitatea triunghiularilor. Cei "scurţi" sunt agitaţi de aceleaşi forţe imaginative, dar sunt mai realişti (Richelieu, M. Barrès).

5. *Tipul rotund* era clasat la cei vechi printre temperamentele calde sau aeriene; este un "lunar", un sanguinic, un digestiv. Cei

rotunzi şi graşi sunt veseli, optimişti, cu reacţii prompte, cu supărări trecătoare.

6. *Ovalul* este "venusianul" plin de farmec, preferat de Rafael pentru personajele feminine. Are înclinaţii artistice şi un caracter "diplomatic". Temperamentul este limfatic, rezistenţa fizică redusă; este mai curând pasiv şi hipoactiv.

B) L. Corman şi-a integrat ideile sale fiziognomice într-o concepţie dinamică, biotipologică, asupra formelor vii. Orice fiinţă vie este o *tendinţă*. Corman propune 5 "legi fundamentale", şi anume:

a) legea de expansiune - retracţie (care permite să deosebim tipologic pe *dilataţi de retractaţi);*

b) legea de stenie – astenie (în conformitate cu care se deosebesc tendinţe active "virile", ducând la tipuri pasionate, şi tendinţe pasive "feminine", ducând la tipuri tandre);

c) legea sensibilităţii (de care se leagă reluarea opoziţiei tradiţionale între "mercurian" şi "teluric" şi, deci, a polarităţii: tip fin - tip greoi sau grosolan);

d) legea expansiunii elective exteriorizată prin zona predominantă a feţei; de sus în jos găsim zone care exprimă predominanţă cerebrală, afectivă, instinctivă;

e) legea celor două feţe: marea faţă este cadrul structural, în timp ce *mica faţă* reuneşte zonele senzoriale şi de import (gură, nas, ochi). Deosebim, în concordanţă cu această împărţire, tipul reactiv (şi concentrat în "mica faţă") şi tipul dispersat.

În rezumat, se poate spune că faţa este un *index de valori psihice.*

C). După N. Pârvu, faţa prezintă două centre, două focare de convergenţă a mişcărilor expresive: *ochii* şi *gura.* Ochiul trebuie privit în mişcare şi caracterizat după mobilitate (privire obosită, vie, fermă, blândă, rătăcită, neliniştită etc.) şi după direcţie (ascunsă, pedantă, visătoare). Despre ochi, ca organ de expresie, a scris şi G. Davidescu (1965).

Expresia gurii se leagă în mare măsură de *zâmbet.* Zâmbetul este un semn psihodiagnostic de mare valoare, dacă adăugăm ca termen în procesul de cunoaştere fizionomică şi *zâmbetul faţă de situaţie* (expri-

mând deci o atitudine). Printre nuanţele interesante pentru medic citām: zâmbetul dulce (surâsul, adeseori intenţional – tinzând la captarea bunăvoinţei şi, eventual, la derutare prin "fermecare"); zâmbetul blând, amar, "înţepat", dispreţuitor, ironic şi de "gură-cască".

Zâmbetul nu este numai expresie facială. Râsul este o combinare de expresie facială şi de voce care, prin partea sa de expresie facială, este *puţin* semnificativ.

După N. Pîrvu, faţa exprimă: 1. emoţii înnăscute, primare (dezgust, groază, teamă, simpatie, tristeţe, plăcere etc.), legate de trebuinţe sau instincte; 2. emoţii secundare, câştigate, mai complexe (abandonarea, dezolarea, îngrijorarea, duioşia, speranţa, pudoarea, ruşinea, suferinţa etc.); 3. însuşiri constitutive ale temperamentului – mai ales iritabilitatea şi emotivitatea; 4. starea de "nebunie" în contradicţie cu cea normală; 5. trăsături morale de caracter. Categoria socială, preocupările de fiecare zi, profesia - creează *standarde* de expresie; în această ordine de idei vorbim de "figură" de artist, de comerciant, de bărbier şi - poate - chiar de medic.

*

În medicina clasică, se deosebesc unele înfăţişări tipice ale figurii, indicatoare de diagnostic sau de pronostic.

- *Facies hippocratica,* caracteristică pentru apropierea morţii. Nasul este ascuţit, ochii înfundaţi, tâmplele scobite, urechile reci şi căzute; pielea frunţii are aspect de pergament şi este uscată; pielea feţei este palidă sau plumburie.
- *Facies abdominalis,* în peritonite.
- *Facies colerica,* cu trăsături ascuţite.
- *Facies leonina,* în lepră, cu îngroşări ale pielii, infiltrată mai ales în jurul ochilor.
- *Facies myopathica, (facies de sphynx),* ca o mască.
- *Facies ovariana,* în chisturile maligne de ovar, cu ieşirea în evidenţă a pometilor, bombarea frunţii, retracţia aripilor nasului.
- *Facies rachitica,* cu adâncirea fosei canine şi atrofia maxilarului superior.
- *Facies choreatica* etc.

Sunt cunoscute modificările fiziognomice în unele boli cardiovasculare - cum ar fi paloarea în stenoza mitrală, roşeaţa şi cianoza în insuficienţa mitrală etc. Fervers a prezentat în detalii faciesul din: anemia pernicioasă, leucemie, diabet, cancere, astm cardiac, fracturi, asistolie, acromegalie, boala Basedow, icter, febră înaltă, tuberculoză pulmonară, isterie şi din unele psihoze.

Ochiul are, de milenii, o valoare de simbol multivalent. El este, cum menţionam, un organ de expresie; este veche credinţa după care poate fi şi un organ emiţator ("privirea rea", aducătoare de boli sau nenorocire). La Paracelsus (şi recent la Beer), ochiul este considerat un "microcosm". În această ordine de idei, amintim *iridodiagnosticul,* propus în secolul al XIX-lea de I. Peczely şi C. Huter şi "redescoperit" de Vida (1954).

Râsul şi plânsul*

În acest paragraf nu ne interesează nici geneză psihologică a râsului (comicul), nici valoarea sa pozitivă sau negativă asupra sănătăţii, bolilor, moravurilor. Pentru H. Bergson, râsul este provocat de situaţii în care găsim *du mécanique plaqué sur le vivant.* Râsul este şi o descărcare nervoasă bruscă. Putem vorbi desigur de o *fiziologie* a râsului (cum o arată alterările sale patologice în sindromul pseudobulbar) şi chiar de o *biochimie* a râsului (cum o arată efectele protoxidului de azot, "gaz ilariant"- şi chiar ale alcoolului în doze moderate). Râsul poate fi considerat ca "tonic şi toxic". Dictonul *ridendo castigat mores* este bine cunoscut. Se spune însă şi "a murit de râs", ceea ce corespunde unei realităţi – la cardiaci sau hipertensivi (tatăl lui Beuamarchais a murit ascultând lectura peisei *Nunta lui Figaro).* Una dintre cele mai subtile analize psihologice a râsului o datorăm lui Dostoievski. Să-l ascultăm: "de cele mai multe ori râsul dă în vileag o anumită trivialitate, îl micşorează pe om, deşi cel care râde nu-şi dă

* Valoarea lor semiologică a fost sistematizată, cu multă acurateţe, de A. Păunescu-Podeanu (1981), în *Bazele clinice pentru practica medicală,* vol. I.

aproape niciodată seama de impresia pe care o produce... Majoritatea covârşitoare a oamenilor nici nu ştiu să râdă. Dealtfel, râsul nu se învaţă; e un dar înnăscut pe care nu-l dobândeşti. Tot ce poţi face în această privinţă e să te educi, să-ţi desăvârşeşti caracterul, să-ţi învingi pornirile rele, numai astfel s-ar putea ca şi râsul tău să devină mai frumos. Unii oameni, atunci când râd, îşi dau arama pe faţă şi într-o clipă descoperi ce zace în sufletul lor. Chiar şi un râs foarte inteligent poate fi uneori respingător. Râsul presupune în primul rând sinceritate, dar câţi oameni sunt sinceri? Râsul presupune întâi şi întâi bunătate, dar de cele mai multe ori oamenii râd cu răutate. Un râs sincer şi plin de bunătate înseamnă veselie, dar în veacul nostru (sec. al XIX-lea, *n.n.)* unde mai găseşti veselie adevărată, câţi oameni mai ştiu să fie cu adevărat veseli?". Mai departe: "Numai un om foarte evoluat, care a ajuns la o mare armonie interioară, este în stare de o veselie contagioasă, mai bine-zis senină şi totodată irezistibilă". Şi, după ce autorul atrage atenţia asupra unor note simptomatice (pentru caracter) care se dezvăluie în râs, conchide: "dinadins am făcut această lungă digresiune despre râs, fiindcă concluziile mele în privinţa aceasta fac parte dintre cele mai serioasă învăţăminte pe care le-am tras din experienţa vieţii"*.

Plânsul, în schimb - cu care medicul se întâlneşte mai des - se învaţă mai uşor, poate fi mimat, are un important coeficient de convenţionalitate. Dacă lacrimile exprimă suferinţa şi tristeţea, iar hohotele de plâns sunt o descărcare spasmodică a tensiunii nervoase, nu este mai puţin adevărat că plânsul poate fi autoprovocat prin imaginaţie şi - uneori - după exerciţiu, la simplă comandă. Plânsul înseamnă, între altele, o chemare la compasiune şi la ajutor (cf. la copii) şi este o armă de influenţare a celui puternic de către cel slab. Diferenţa dintre sexe (şi după vârstă) referitoare la uşurinţa cu care plângem ţine nu numai de capacitatea de autodominare, dar şi de uzanţele sociale, care *permit* sau care *pretind* lacrimi în anumite situaţii.

* F. M. Dostoievski, *Adolescentul*, Ed. pentru Literatură Universală, Bucureşti, 1961, p. 377-378.

Rothschuh acceptă ipoteza după care, la copilul mic, *ţipetele* ar determina uscarea mucoasei nazofaringiene cu dispariţia lizozimului protector faţă de unele infecţii; plânsul ar începe prin a fi o "reacţie profilactică" (lacrimile sunt bogate în lizozim).

Mâna

Pentru unii autori, însemnătatea practică a examinării mâinii pentru diagnosticarea bolilor este dublată de importanţa ei pentru cunoaşterea diagnosticului şi identificarea persoanei umane.

La prima vedere, mâna ne poate prezenta boli ale pielii, stigmate profesionale, traumatisme, deformări (reumatism, gută, retracţia aponevrozei, degete hipocratice, osteoartropatie hipertrofiantă pneumică, *spina ventosa*, lepră, siringomielie), atitudini patologice (grife, *mains bottes)*, tremurături caracteristice; modificările reflectă uneori tulburări generale (în icter, anemie, boli circulatorii, boala lui Addison, xantodermie etc.) sau bătrâneţea. *Chirurgia* mâinii este delicată şi importantă, având în vedere rolul multiplu al mâinii în viaţa cotidiană. De *patologie* ţine şi fetişismul mâinii.

Chirologia este studiul mâinii (Huisman).

Chirognomia se ocupă de fizionomia (aspectul) ei, pentru cunoaşterea persoanei. *Chiromanţia* se foloseşte de detaliile morfologice pentru a "ghici", chipurile, viitorul.

Dactiloscopia este folosirea amprentelor digitale (şi, în general, a *dermatoglifelor* digitale, palmare şi plantare) în scopuri administrative, poliţieneşti, criminalistice şi ştiinţifice. Amprentele digitale au fost utilizate, pe scară întinsă, mai întâi de J. W. Herschell în administraţia Indiilor; ele au fost studiate ştiinţific, sistematic, de către Purkinjie (1823), apoi de către Galton (1888) şi au fost extinse de către Bertillon ş.a. În vechiul Extrem Orient, amprentele serveau drept sigiliu. Amprentele rămân identice calitativ în cursul întregii vieţi (lucru de mare importanţă în medicina legală). În ultima veme, dermatoglifele sunt folosite în cercetări de genetică umană, de antropologie, de patologia dezvoltării şi a sexualizării.

Încă Anaxagora susţinea că omul îşi datoreşte superioritatea folosirii mâinilor şi menţiona utilizarea examenului mâinii pentru cunoaşterea *caracterului* uman. Aristotel scria că mâna este "instrumentul (unealta) care înlocuieşte toate instrumentele (uneltele)", dar admitea că omul "are mâini pentru că este inteligent" şi le poate folosi (deci că mâinile sunt un fel de dar al naturii, pentru a-şi pune în valoarea inteligenţa; astăzi ştim că folosirea mâinii a dezvoltat inteligenţa). Aristotel, apoi Galen, s-au ocupat de semnificaţia multor detalii ale mâinii. În Biblie (cartea lui Iov) stă scris că "Dumnezeu a pus semne în mâna tuturor, pentru ca fiecare să se poată cunoaşte". În Kabală se învaţă că mâna este microcosmosul sintetic al evoluţiei umane, un "rezultat al tuturor rezultatelor".

După *chirognomonie* (care trebuie considerată ca o sinteză a observaţiilor empirice multimilenare), palma exprimă facultăţile intelectuale şi morale, în timp ce degetele ar exprima temperamentul. După D'Arpentigny (1843) şi Desbarolles, întâlnim 7 tipuri fundamentale de mână: mâna *elementară;* mâna *necesară* (a omului practic; cu policele mare şi în formă de spatulă sau de lopată), mâna *artistică* (efilată, conică), mâna *utilă* (unghiulară sau pătrată: mâna unui funcţionar), mâna *filosofică* (noduroasă), mâna *"psihică"* (sau ascuţită: a lui V. Hugo, G. Sand, Lamartine, Milton, De Vigny), mâna *mixtă*. Policele ar fi "simbolul voinţei raţionale" (police mare aveau Voltaire şi Napoleon). Din punct de vedere antropobiologic, opozabilitatea policelui are o deosebită semnificaţie. Se remarcă, la om, o mare dezvoltare a muşchiului flexor propriu al policelui (care pare a fi "cel mai psihic dintre muşchii mâinii", Vaschide). C.G. Carus (1846) descrie *patru tipuri:* mâna elementară (a lui Sancho Panza), mâna motrice (a lui Marius), mâna sensibilă (a lui Tasso), mâna psihică (din reprezentările picturale ale lui Isus).

Deşi un *canon artistic al mâinii* a fost cunoscut încă de către vechii egipteni, perfecţionat de Polyctet şi de romani, refăcut de Leonardo şi Dürer – *mâna* nu este un element căruia i s-a dat atenţie în artele plastice, până la operele şcolii flamande. Psihologia persoanei poate fi însă "evocată" pornind de la mâini (cel puţin pe tărâm artistic).

Înainte de Renaştere, *gestul* domina *mâna*. Studiile anatomo-fiziologice ale secolelor următoare au pregătit pictura secolului XVIII, care dă eşantioanele cele mai frumoase ale mâinii, care prezintă mâini "vii şi personale". N. Vaschide observă că, "asociată gândirii în mod continuu, mâna traduce – ca şi faţa - şi contribuie la fizionomie... mâna poate servi într-adevăr ca un criteriu al mentalităţii umane".

Un prim element de luat în considerare în *psihofiziologia mâinii* este pielea, deoarece mâna este - prin excelenţă -, un organ tactil. Fiziologia pipăitului este complexă, cu variaţii individuale; pipăitul este un simţ foarte educabil (profesional, sau la surdomuţi). Se adaugă sensibilitatea la căldură şi la durere, cea legată de inervaţia părului (trichestezia), ca şi sensibilitatea musculară (cu imaginile motrice corespunzătoare etc.); după unii autori, pielea ar avea şi sensibilitate la lumină. Din punct de vedere *psihosocial,* mâna a fost caracterizată ca fiind "organul contactelor noastre concrete cu viaţa reală". Menţionăm, în treacăt, problema asimetriei funcţionale dreapta/stânga şi a superiorităţii mâinii drepte (la cca. 3/4 dintre oameni) de unde un anumit *prestigiu* al mâinii drepte. Mâna are o uriaşă semnificaţie simbolică şi numeroase sunt expresiile metaforice în care intervine cuvântul "mână". *Strângerea de mână* este "un contact musculotactil, care este aproape un contact mintal" (Vaschide), plin de învăţăminte căci mâna este "evocatoarea unei întregi sensibilităţi ascunse". Vaschide a cules date privind strângerea de mână a bolnavilor neurologici, a psihopaţilor şi a psihoticilor, a muribunzilor. Multiple semnificaţii are şi *gestul manual.*

Pentru că există *mişcare* în orice elaborare mentală - pentru că orice formă de gândire, conştientă sau subconştientă, se poate traduce sub formă motrice şi pentru că în mână există constant o tendinţă "impulsivă" de a executa mişcări inconştiente, mâna exprimă mai mult decât oricare altă parte a corpului ceea ce se petrece în viaţa interioară. Grafologia este, din acest punct de vedere (după acelaşi autor), o "demonstrare experimentală a psihologiei revelatoare a mâinii".

Şi în alt sens, mâna "exprimă" în *sfera patologicului:* reamintim paraliziile isterice (cu semnificaţie simbolică dezvăluită de către psihanaliză) ca şi *crampa scriitorilor* (descrisă de Brück, 1831) şi analoagele ei – "crampa funcţionarilor de la telegraf" (Onimus, 1875) sau "crampa pianiştilor" şi a altor instrumentişti.

Pentru medicină, *psihofiziologia* mâinii este interesantă şi prin alte valenţe. *Mâna ca organ al mângâierii* poate constitui un capitol al psihoterapiei. Mâna este şi *"emiţătorul"* acelor "fluide" prin care acţionează chirotetia şi "magnetismul animal"; actualmente se cunosc date despre câmpul biologic al mâinii şi despre variaţiile câmpului său electric. Mâna este organul cu ajutorul căruia *medicul* recoltează date ale examenului fizic: palpare, percuţie. Este de menţionat că acest *contact fizic* cu mâna medicului are el însuşi virtuţi psihoterapice şi - pentru unii bolnavi - el înseamnă un contact fizic *intim* care creează complicaţii, uneori nedorite, în relaţiile medic-pacient. *Pentru chirurg*, ca şi pentru sculptor sau pictor, mâna este tot atât de importantă ca şi mintea; în acest sens, P. Brînzeu a adunat şi a scris rânduri frumoase şi semnificative.

Când Fr. Engels nota că "mâna a ajuns la acel grad superior al perfecţionării care i-a dat posibilitatea să creeze minuni ca tablourile lui Rafael, ca statuile lui Thorwaldsen sau ca muzica lui Pagagnini" el se referea desigur şi la faptul că în *creaţia artistică* se *exprimă*, prin mijlocirea mâinii, personalitatea artistului.

Vaschide citează un admirabil poem dedicat mâinii, de către Rodenbach (1896). În poezia românească, mâinii i-au fost dedicate versuri frumoase de către T. Arghezi, M. Beniuc.

Paul Valéry, în faţa Congresului francez de chirurgie din 1938, îşi exprima regretul de a constata că nu s-a scris încă *un tratat despre mână.* Oare P. Valéry nu cunoştea tratatul lui N. Vaschide?

Examenul grafologic

Determinarea calităţilor individului după scris a preocupat pe mulţi încă din antichitate, cum rezultă din scrisorile lui Aristotel, Demetrius din Falera şi Suetoniu. Se pare că adevăratul studiu al scrierii începe în Orient, în China în primul rând şi apoi în Japonia.

O serie de observaţii interesante şi sugestive asupra scrierii găsim la Leibnitz, Goethe, Lavater apoi la Stephan Collet, Edgar Poe, Walter Scott, Humboldt, Balzac, Fourrier, G. Sand, Sainte-Beuve, Al. Dumas-fiul.

Fundamentarea şi cercetarea psihofiziologică a scrierii începe relativ recent cu Preyer, Meyer, Crépieux-Jamin, Michon, Argenta, R. Saudek, Max Pulver, W. Hégar, Pophal, A. Schneickert etc.

Importanţa ştiinţifică a grafologiei a fost recunoscută în ţara noastră de Gh. Marinescu şi apoi de C.I. Parhon. Ultimul scria (1932): "un raport dintre scriere şi personalitate este în afară de orice îndoială. Putem afirma, de cele mai multe ori, că o anumită scriere aparţine unei anumite persoane după cum putem identifica acea persoană printre multe altele sau după cum o puteam recunoaşte pe o fotografie. Faptul este bazat pe principiul corelaţiunilor. Scrisul este, în ultimă analiză expresiunea înregistrată a unor contracţii musculare, ele înşile expresiunea scurgerii în muşchi cu o anumită intensitate, viteză şi cu un anumit ritm a energiei nervoase. Acestea toate nu ţin numai de activitatea psihică, de caracterul individului, ci şi de cea somatică...".

Aceste trăsături caracteristice fiecărui individ în parte sunt condiţionate mai ales de procesele activităţii nervoase superioare; studiul scrisului, ca element ultim apărut în cadrul celui de-al doilea sistem de semnalizare specific omului şi ca manifestare fixă a gestualităţii noastre expresive pare a fi, astfel, o metodă de cercetare perfect validată şi neurofiziologic. În actul scrisului, sunt implicate zone întinse din scoarţa occipitală, parietală, frontală şi temporală şi numeroase conexiuni transcerebrale.

Din punct de vedere psihofiziologic, scrisul integrează senzaţii şi imagini vizuale, auditive, tactile, kinestezice şi motorii.

Mecanismul reglator al scrisului poate fi privit ca un joc de inhibiţii prin care se frânează anumite reacţiuni şi se eliberează anumite sisteme senzorio-motorii. Ca în toate actele devenite automate

prin repetiţie, participă în scris zone întinse din subcortex, ca şi cerebelul.

În concluzie, scrisul ca mişcare voluntară secundar automatizată este un proces condiţionat asociativ. Dar, fiind fundamental o gestualitate, scrisul are şi o dimensiune afectivă.

Constând din gesturi extrem de fine care rămân înscrise, scrisul ne oferă informaţii mult mai ample decât acelea pe care ni le dă gestualitatea feţei, mâinilor etc. la simpla observaţie vizuală. Dar pe lângă mişcări expresive (legate de emoţie), există şi mişcări *reprezentative*, care traduc trăsături de caracter sau tendinţe, cu ajutorul unor mişcări simbolice şi metaforice (G. Dumas). Mişcările simbolice se produc cu ocazia imaginaţiei şi gândirii. Mişcările metaforice sau figurative sunt bazate pe analogie (întinderea braţului pentru a desemna atotputernicia etc). Ambele categorii constituie mişcări sau gesturi pantomimice, intenţionale, care indică deci atitudini, raporturi, poziţii, năzuinţe.

Pe de altă parte, în orice mişcare avem o aşteptare inconştientă a imaginii pe care tinde să o realizeze reprezentarea acestei mişcări; ea *codetermină* mişcarea. Aşa cum auzul influenţează vorbirea continuu şi în mod inconştient, ochiul exercită un control asupra scrisului; atunci când organul de control, ochiul, se tulbură sau încetează de a funcţiona, scrisul încetează nu numai că se adapteze, dar să şi "exprime", şi încetează să mai evolueze.

Legat de controlul ochiului (ca şi de cel proprioceptiv) se pune şi problema unui simţ spaţial individual: individul va prefera şi un anumit *stil* de mişcare etc.

Dacă expresia este un dat în raport cu structura temperamentală individuală, reprezentarea este un dat prin excelenţă psihosociologic, raportându-se la atitudini ca şi la dispoziţii individuale ale caracterului. Reţinem următoarele principii ale analizei lor (A. Athanasiu):

a) Scrierea apare ca o *structură*, în care orice trăsătură îşi găseşte semnificaţia numai prin relaţie cu celelalte trăsături şi în raport cu întregul. Ca atare, nu există semn fix cu semnificaţie absolută care să exprime o calitate a individului. Dacă nu există o singură trăsătură care să releve o calitate, invers - o calitate (de exemplu, energia) se

poate exprima prin diferite semne (după cum tema aceleiaşi nevroze este exprimată prin cele mai variate feluri de expresie): *echivalenţă de expresie*.

b) Scrierea depinde de anumite condiţii. Astfel, condiţiile exterioare - ca peniţa, hârtia, forma grafică învăţată etc. - sau o stare momentană (de ex. graba sau o boală acută) vor modifica într-o oarecare măsură aspectul general al scrierii. De asemenea, în anumite condiţii permanente (o boală cronică), aspectul general poate fi păstrat, dar cu modificarea unor trăsături de detaliu.

c) Scrierea fiind o înregistrare a *proceselor* activităţii nervoase superioare, studiul ei trebuie să fie *dinamic;* ea nu rămâne identică în timp, păstrându-şi anumite variante sub influenţe intercurente, dar şi urmând evoluţia personalităţii. De exemplu, odată cu înaintarea în vârstă apar mai multe întreruperi în scris. Această fragmentare a scrierii a putut fi atribuită, după caz, fie accentuării tendinţei de a reflecta, de a medita, fie unor inhibiţii, oboselii, tulburărilor cardiovasculare etc.

d) Scrierea nu trebuie privită ca o sumă de mai multe elemente grafice, ci ca o funcţie de mai multe variabile.

e) Scrierea reprezintă o unitate complexă de elemente contradictorii (trăsături mai lente şi altele mai repezi, trăsături centripete şi trăsături centrifuge), indicând fenomene de excitaţie şi inhibiţie, de expansiune şi de reţinere etc. şi traducând, astfel, aspectul contradictoriu al individualităţii.

Cercetarea *experimentală* a elementelor fundamentale ale scrisului înseamnă a înregistra precis presiunea, viteza, forma, ritmicitatea scrierii şi a vedea dacă aceste elemente îşi capătă o configuraţie specifică pentru fiecare tip în parte. În acest sens, E. Malespine, prin metoda grafografică, a adus scrierii documentul experimental cinematic care permite această măsură. La noi în ţară, cercetări de acest fel au fost efectuate de V. Enătescu.

Fiecare om are curba sa grafografică *(grafograma)*, mai personală chiar decât semnătura. Se pare, de asemenea, că la temperamentele asemănătoare există grafograme asemănătoare.

În afară de temperamentele hipocratice şi tipurile de sistem nervos, s-au luat în considerare - în interpretarea corelativă a grafismului - şi alte tipologii. De asemenea, s-a arătat importanţa studiului scrisului în orientarea şi în selecţia profesională (Foix), ca şi în studiul structurii personalităţii (Klages, Eysenck).

Pe lângă aspectul *caracteriologic*, grafologia are şi un aspect *medical*. Studiul scrisului patologic are o valoare reală în diagnosticul şi în prognosticul bolilor.

Studiul caracterologic diferă prin metodă şi prin obiect de studiul medical al scrisului:

1. Din punctul de vedere al metodei, menţionăm că examenul grafocaracterologic se ocupă numai de execuţia materială a scrisului, adică de *scriere*, în timp ce examenul medical ia în considerare ansamblul scrisului, adică în acelaşi timp scrierea, ortografia, sintaxa, stilul şi ideile exprimate.

2. În ce priveşte obiectul, studiul caracterologic ia în consideraţie trăsăturile temperamentale şi calităţile ca şi defectele intelectuale şi morale, în timp ce studiul medical caută manifestările unor stări morbide determinate.

Experienţa arată că perturbaţiuni ale scrisului pot apăra în o serie de afecţiuni, şi anume: 1) dispnee, 2) tulburări cardiovasculare, 3) intoxicaţii, 4) maladii nervoase, 5) maladii mentale, 6) tulburări vizuale, 7) constituţii psihopatice (dezechilibraţi), 8) tulburări endocrine.

Câteva aspecte, bine stabilite actualmente, privesc tulburările scrierii *la copil* şi alteraţiunile grafice din afecţiunile neuropsihice. Printre perturbările scrisului la copil menţionăm: *disgrafia* (legată de neîndemânare, debilitatea motrice, tulburări ale tonusului, a structurii spaţiale, ale schemei corporale), *scrierea în oglindă* (pare a fi în raport cu tulburările structurale spaţiale şi cu o dominanţă hemisferică stângă rău stabilită), *crampa* (mod de expresie a conflictelor afective pe un teren de debilitate motrice).

La adult, s-au putut observa alterări relativ caracteristice ale traseului grafic în: paralizia generală, choree, tabes, scleroză în plăci, paralizii ale membrului superior, ca şi în unele afecţiuni endocrine ca

boala Basedow. De asemenea, există tulburări în epilepsii (scrieri preparoxistice şi postparoxistice), schizofrenie, psihoză maniaco-depresivă, isterie etc.

Contribuţii promiţătoare au fost aduse de grafometrie, metodă de analiză a scrierii, în acelaşi timp metrică şi statică (H. de Gobineau şi M. Perron).

Trebuie să mai menţionăm aici că *grafoterapia* se recomandă în diverse cazuri de tulburări motorii şi psihice. Ameliorările nu sunt numai grafice, ci şi caracteriale şi psihologice sau chiar fiziologice (Trillat).

*

În concluzie, studiul scrierii constituie un procedeu de cercetare dinamică util în studiul personalităţii.

Scrisul este aceea dintre mişcările voluntare în care memoria intervine la fiecare moment, la fiecare cuvânt, care acţionează prin cele mai multe staţiuni intercalare şi care pune în joc, simultan şi împreună, facultăţile intelectuale şi proprietăţi afectivoinstinctive şi senzoriomotrice. Este aceea dintre manifestările individualităţii care angajează şi utilizează cel mai mare număr de părţi independente (mişcare, formă, proporţie, măsură, ritm...).

Sănătatea şi sănătatea mentală

Introducere

Pentru unii teoreticieni ai medicinii, între *sănătate* şi *boală* nu există frontieră care poate fi definită obiectiv. Ceea ce numim "boală" poate fi şi o abatere de la "norme" stabilite sau admise în cadrul unei anumite culturi. M. Mead a arătat că, la popoarele primitive, există "norme" acceptate social privind chiar şi frecvenţa "scaunelor"! Cu atat mai mult – "societatea este cea care decide dacă un om este nebun sau genial" (N. Willard). Unii autori susţin că despre boală putem vorbi numai atunci când abateri cantitative de la normă produc, la o anumită etapă a dezvoltării lor, un "salt calitativ". Fenomenele patologice ar avea deci un *specific calitativ* în raport cu fenomenele normale.

Este important să nu uităm faptul că există bolnavi (sau purtători de procese patologice) adaptaţi la viaţă şi productivi, bolnavi "care se ignoră" sau care sunt compensaţi, în timp ce mulţi oameni "sănătoşi" - din punct de vedere somatic şi chiar psihic - sunt *suferinzi*. O definiţie O.M.S. leagă starea de sănătate de impresia de "bine" *(well-being)*, adică defineşte sănătatea în mod *pozitiv*. În general, în *sectorul somatic* se pune accentul pe performanţele de adaptare. Noi punem accentul şi pe posibilităţile de evoluţie (dezvoltare) – sau, altfel spus, credem că o bună adaptare este cea care favorizează evoluţia.

În sectorul psihic, criteriul adaptării nu poate fi acceptat fără rezervă. Adaptarea împinsă dincolo de orice limită devine un indiciu de slăbiciune a personalităţii şi, câteodată (după cum scrie Baruk), "pur şi simplu un indiciu de laşitate". Omul în întregime adaptat poate

constitui o personalitate mediocră (H. Minkowski). G. W. Allport observă că "ceea ce este uzual nu este, adeseori, identic cu ceea ce este de dorit" şi că persoana nu se defineşte prin stabilitate, ci prin evoluţie: nu "homeostatis", ci "transistasis".

Dacă admitem că "individul" este, prin esenţă, contradictoriu, atunci nici lipsa de contradicţii interne, nici lipsa de contradicţii externe nu reprezintă un ideal de sănătate. Echilibrul interior excesiv este incompatibil cu vitalitatea mentală.

"Sănătatea" nu este tot una cu perfecta adaptare la sine-însuşi (C. Rogers). Dar specificul calitativ al vieţii umane ţine de *individualizare;* este importantă noţiunea de "normă individuală" (Sihle ş.a.); există mii de feluri în care putem fi sănătoşi (M. Boven, 1946).

Mai de mult, C. Schwarz (1933) a făcut deosebirea între "norma statistică" (discutată mai sus), "norma biologică" (legată de deplina adaptare) şi "norma ideală" (uneori "apriorică", "de esenţă" - reprezentând maxima desăvârşire pe care o poate activa specia: de exemplu, eroul). Dar trebuie să adăugăm că perfecţiunea poate fi înţeleasă atât în sens vital, cât şi în sens estetic sau/şi etic.

După N. Mărgineanu, sănătatea (psihică) înseamnă colaborare armonică între forţele psihice, corporale şi sociale, *"rezultat al adaptării sau integrării forţelor sufleteşti... la sine, la corp şi la societate"*. Persoana sănătoasă sufleteşte se poate recunoaşte după două trăsături principale care sunt: a) sentimentul de bună stare, linişte şi pace interioară; b) relaţii "normale" cu semenii şi societatea. Conduita este stabilă şi se observă o lipsă de conflicte. Omul normal e un "om de înţeles", cu care "convieţuirea nu e numai cu putinţă, ci chiar plăcută..." Autorul aminteşte însă că sentimentul de suferinţă este, uneori, rezultatul unui efort spre mai multă ordine şi echilibru - cazuri care sunt tocmai "negaţia ideii de boală" şi că adaptabilitatea depinde atât de grupul social, cât şi de excepţionalitatea individului ("geniul nu a fost niciodată iubit de cei din jurul său").

*

J. Rofé a propus 5 *criterii* sau "puncte cardinale": "omul va fi considerat cu atât mai *normal*, cu cât este mai apropiat de punctul cardinal teoretic".

1. *Interdependenţa psihofizică:* omul este cu atât mai sănătos cu cât îşi simte mai puţin organismul funcţionând, iar fenomenele psihomorale trebuie să-şi păstreze o autonomie cât mai neîntreruptă de eventualele afecţiuni somatice.

2. *Calitatea funcţiunilor psihice.* Organele (diferitele elemente ale sistemului nervos, de exemplu), în calitatea lor de "instrumente", trebuie să fie intacte; iar funcţiunile psihice se cer cât mai perfecţionate prin exerciţiu.

3. *Direcţia (orientarea) forţelor afective.* Se pretinde un just raport între "autodefiniţie" (apărarea şi afirmarea de sine) *(Selbstbehauptung)* şi dăruirea, devotamentul *(Hingabe).*

4. *Raportul cu realitatea.* În mijlocul "valurilor" vieţii, *izotonia* se cere menţinută în ciuda eşecurilor care deprimă, în ciuda succeselor care exaltă - şi aceasta printr-o neîncetată şi obiectivă examinare a realităţii.

5. *Menţinerea unităţii sufleteşti.* Aceasta înseamnă: a) unitate de tonus (egalitate de dispoziţie, continuitate în efort) - care se menţine prin intervenţia iniţiativei; b) unitate de conducere (coeziune psihică, acord între idei şi între gând şi faptă); c) unitate de atitudine - garantată de adeziunea masivă a afectivităţii noastre la câteva "constante".

Aceasta ne duce aproape de rezultatele anchetei lui F. Duyckaerts asupra conduitei normale. Normalitatea este *integrare* a tendinţelor; *autonomie* faţă de constrângeri şi prejudecăţi; *adaptare* socială; *asemănare* cu ceilalţi (opusă "monstruozităţii") - şi, mai presus de toate, viaţă individuală şi socială orientată în *sens creator* (J. Lacroix).

*

O menţiune specială trebuie făcută cu privire la *rezervele* sufleteşti. S-a făcut observaţia că starea de sănătate este mai mult decât un *bien-être* - este o oarecare disponibilitate "pentru excese" (Canguilhem). Aceasta nu trebuie să ne ducă la ideea că starea morbidă se evidenţează numai la solicitare sau la suprasolicitare. S-a putut observa (Schulte, 1951) că, în unele cazuri de nevroză, situaţia declanşatoare nu a fost solicitarea, ci *degajarea* de solicitări. De aceea, "numai atunci putem spune despre un om că este cu adevărat sănătos, când suntem convinşi de capacitatea sa de a rezista la solicitare ca şi la degajare". Căci solicitarea poate însemna un motiv de a "ţine în frâu" boala, sau un *excitant trofic,* sau un element care dă vieţii orientare şi sens. În orice caz, *încordarea orientată* este un element sanogenetic; pierderea ei este patogenetică pentru persoanele incapabile să-şi găsească singure un ţel. *Idealul* este un "factor de sănătate". Sunt numeroase cazurile în care persoana este "incapabilă să suporte libertatea".

Sănătatea se caracterizează şi prin lipsa a tot ceea ce se interpune între *eu* şi *alţii,* între *eu* şi *lume,* în afara receptivităţii intelectuale şi afective. S. Freud scria că omul sănătos este cel capabil de dragoste şi de creaţie: dar *dragostea* implică sensibilitate, aptitudine de a lupta şi de a dărui, posibilitatea unei bune (şi înalte) integrări psihosomatice, capacitatea de a stabili un contact interpersonal (şi nu numai interorganismic). Dragostea, ca şi creaţia, se înscriu pe linia dezvoltării şi exprimării persoanei. *Creaţie* înseamnă înnoire, prin opoziţie cu stereotipia, cu automatismele, cu rigiditatea, cu regresiunea.

Este cunoscută caracterizarea lapidară dată de K. Marx: "boala este viaţă limitată în libertatea ei". Este vorba, desigur, de limitări *intrinseci* (sau devenite *intrinseci).* După treapta de evoluţie filogenetică, după treapta de umanizare a omului, dar şi în funcţie de diversificarea individuală, limitarea libertăţii vieţii (organice, psihice, spirituale) are mecanisme, criterii şi semnificaţii diferite (multiple).

Dacă există *continuitate* sau *discontinuitate* între sănătate şi boală, în domeniul psihic părerile sunt împărţite. Dar există *structuri paranormale,* cum sunt psihopatiile, diatezele etc.; aproape incontinuu, persoana noastră este supusă la perturbaţii care se învecinează cu boala. Situaţiile intermediare pot fi etichetate prin termenul de *perinormal* (E.C. Crăciun, 1953).

*

G. Ionescu a reluat (1979) examinarea conceptului de sănătate mentală, folosit "într-o prejudiciabilă ambiguitate" cu cele de igienă

psihică sau de normalitate. Noţiunea de normalitate (normă, normativitate) ar constitui *fundalul* stării de sănătate, care se instituie ca o calitate. Normalitatea vizează abordarea medicală tradiţională plasându-se în domeniul medicinii curative, în timp ce sănătatea vizează abordarea psihosomatică, înscriindu-se în aria medicinii preventive.

Definiţiile şi descrierile sănătăţii psihice pot fi înscrise pe o axă care prezintă un pol afectiv-motivaţional şi altul cognitiv-acţional. Înţelegerea sănătăţii *ca fenomen* este facilitată de o "ipostaziere" a acesteia într-un context: sănătatea poate fi privită ca adaptare, ca medie (normă), ca proces şi dezvoltare, ca integrare socială, ca valoare.

Boala în cadrul personalităţii morbide

În psihiatria actuală, *psihopatiile* sunt considerate stări cronice, constituţionale, la limita dintre normal şi patologic, care fac să sufere mai mult ambianţa decât pacientul însuşi. Cunoaştere lor este de interes pentru medicina generală, deoarece modul în care se stabileşte şi evoluează contactul între medic şi pacient, atitudinea bolnavului faţă de propria suferinţă şi boală depind, în mare măsură, de trăsăturile psihopatice ale individului. K. Schneider (1923), a cărui clasificare a făcut epocă, descrie pe hipertimici, pe depresivi, pe fanatici, pe nesigurii de sine, pe cei cu dispoziţie labilă, pe cei lipsiţi de autoritate, pe cei lipsiţi de afect (oamenii "reci", nesimţitori), pe cei lipsiţi de voinţă (abulici), pe astenici şi pe "explozivi". E. Bleuler, urmându-l pe E. Kraepelin, deosebea nervozitatea (scăderea rezistenţei psihice la influenţele externe şi interne, cu insuficienta tensiune a voinţei) de nestăpânire şi de iritabilitate anormală. El descria pe cei "care trebuie să se afla în treabă" şi pe oamenii mânaţi de pulsiuni (risipitorii, vagabonzii, dipsomanii), pe nestatornici (la care lipseşte unitatea şi consecvenţa vieţii psihice), pe mitomani *(pseudologia fantastică)*, pe certăreţi şi scandalagii (pseudocverulanţi), pe cei cu *insanitate morală*. O categorie aparte o constituie debilii mintali, care pot fi confuzi, infantili, "idioţi superiori" (Gudden) sau şi "de salon" (Hoche) etc. O

altă categorie o reprezintă psihopaţii sexuali (Krafft - Ebing). L. Lévi a diferenţiat *puerilismul* de *juvenilitatea persistentă* şi de *nervozism*, legate de hipertonii sau de hipotonii ale sistemului endocrin.

Cunoaşterea psihonevrozelor este de asemenea de mare interes practic pentru medicul de orice specialitate, deoarece "temperamentele nevrotice" şi psihonevrozele (patente sau atenuate) sunt foarte frecvente în practica zilnică, iar prezenţa lor dă o coloratură particulară evoluţiei bolilor somatice şi simptomatologiei subiective. Între "personalităţile psihopatice" ale autorilor germani şi psihonevrozele manifeste, există, dealtfel, numeroase forme de trecere.

Personalitatea psihastenică, descrisă de Pierre Janet, este caracterizată prin asocierea unui "sindrom psiholeptic" (alcătuit din plictiseală, dintr-un sentiment de insuficienţă şi de incompletitudine, dintr-o dificultate şi aprehensiune a prezentului şi a realului) cu simptome variate din sfera anxietăţii, spaimei, fobiilor, obsesiilor, ideilor fixe. În concepţia lui P. Janet, "funcţiunea realului" şi "funcţiunea de prezentificare" necesită un nivel înalt de tensiune psihică.

Personalitatea anxioasă, numită şi anxietate constituţională, este caracterizată prin prezenţa unei spaime flotante, permanente, care eventual se poate fixa şi se poate însoţi de pseodofobii sau chiar de fobii. Frecventă este fixarea pe senzaţiile corporale minime (angoasa ipohondriacă). În aceste cazuri, subiectul se teme să nu aibă o boală, eventualitate ce i se pare plauzibilă. Pentru unii autori (şi după concepţia psihanalitică), prezenţa fobiilor adevărate ar indica existenţa unei *personalităţi isterice*. Pseudofobia este o teamă rezultată din asocierea unei situaţii cu o primejdie reală trăită într-o perioadă anterioară, în timp ce fobia adevărată este spaima faţă de ameniţarea iruperii în conştiinţă a unor pulsiuni interzise (de cele mai multe ori de natură sexual-genitală). După concepţia psihanalitică, *ego*-ul recurge la apărare prin "transformarea" pulsiunii primare în altă pulsiune (de obicei, una contrară) şi deplasarea ei asupra unui obiect simbolic. *Obiectul fobogen are o valoare simbolică.*

Fobia desemnează teama angoasantă declanşată de un obiect sau de o situaţie care, prin ele însele, n-au un caracter periculos. Teama este recunoscută absurdă - totuşi este incoercibilă. Când avem

de-a face cu fobia bolii, cu *nosofobia* – subiectul deşi recunoaşte absurditatea ideii, este constrâns să gândească că are, în mod efectiv, o anumită boală.

Personalitatea obsesională este caracterizată prin fenomene reproducând la minimum nevroza obsesională. Obsesia (Falret, 1866) este un conţinut de conştiinţă care *asediază* spiritul, o "reprezentare constrângătoare" (Westphal, 1877) sau o "compulsiune" (tendinţă la act). Sentimentul, ideea, tendinţa care irup în conştiinţă apar subiectului ca fiind fenomene străine, morbide, în dezacord cu eul conştient; ele persistă cu toate eforturile depuse de a scăpa de ele. Lupta pentru gonirea lor se însoţeşte de angoasă. Teama este recunoscută intelectualiceşte ca fiind absurdă.

Termenul de *anancasm* (Donath, 1896) semnifica iniţial *destin*, dar astăzi are tendinţa să se răspândească pentru a înlocui termenii "obsesie" şi "compulsie". Este de menţionat faptul că, în compulsie, actele săvârşite se remarcă prin stereotipia şi prin formalismul lor (sunt *rituri* sau *ritualuri). Există de asemenea, *conduite de evitare*. Prin *personalitate anancastică*, unii autori înţeleg o asociere a unor elemente de personalitate obsesională şi a unor elemente de "caracter anal". Ultimul - definit în freudismul ortodox - s-ar caracteriza prin gust de ordine, gust de economie şi încăpăţânare.

În afară de nosofobie, interes pentru medicina generală o au: fobia de obiecte vulnerabile, fobia morţii, ereutofobia (teama de a roşi, frecventă în adolescenţa obsedaţilor), "delirul de contact" cu punctul de plecare în fobia murdăriei şi a contaminărilor (aici există adeseori un "gest liberator", reprezentat prin spălarea repetată sau intermitentă a mâinilor.) În fobia *obsedantă* (analizată fenomenologic de v. Gebsattel), psihonevroticul găseşte pretutindeni ameninţare, murdărie, decompoziţie sau moarte: "un *univers ostil şi magic* se impune absedatului, univers în care nimic nu mai este anodin, natural, evident" (A. Lauras). H. Ey compară lumea obsedatului cu o citadelă în care bolnavul este totodată cel asediat (de el însuşi) şi cel ce asediază. Deşi la suprafaţă pare să fie vorba de o luptă între Eu şi obsesie - în profunzime se duce o luptă a Eului cu Eul său profund.

Obsedatul se luptă cu obsesia sa, dar în acelaşi timp se complace în obsesie.

Ştefănescu-Goangă, Al. Roşca şi S. Cupcea (1936) au axat diferitele constituţii psihopatice pe *instabilitatea emotivă*. Reamintim că prin "constituţie emotivă", Dupré a înţeles o exagerare difuză a sensibilităţii cu insuficienţa inhibiţiei reflexe şi voluntare. Prin *neurastenie*, autorii propuneau să se înţeleagă un sindrom alcătuit din tonus somatic scăzut, fatigabilitate, dureri corporale variate, insomnie şi ipohondrie.

Personalitatea isterică poate constitui un teren propice pentru dezvoltarea nevrozei fobice. Ea se caracterizează clinic prin labilitate emoţională (reacţii adecvate dar excesive, totuşi fără persistenţă) şi histrionism (subiectul trăieşte într-o lume teatrală). "Crizele" isterice nu survin niciodată în singurătate! Istericul doreşte *să i se dea atenţie*. Această dorinţă este, uneori *justificată*. Se mai adaugă note de egocentrism ("posesivitate afectivă"), ca şi o anumită tendinţă de "erotizare" (adică la a da semnificaţie sexuală unor obiecte şi situaţii foarte diverse), ca şi o netă tendinţă la fabulaţie (subiectul trăieşte într-o realitate fantasmagorică pe care a creat-o). La femeie, isteria se însoţeşte adesea de frigiditate. Contrar a ceea ce sugerează etimologia cuvântului *isterie*, personalitatea isterică şi chiar nevroza isterică se întâlnesc şi la bărbaţi. Dupré, apoi Delmas şi Boll – au descris *constituţia mitomaniacă*, cu stigmate isterioide şi cu tendinţa nativă la minciună şi simulare. A. Păunescu Podeanu adoptă (după Dimolescu) descrierea a 7 constituţii psihopatice: perversă, paranoidă, emotivă, mitomaniacă, ciclotimică (distimică), schizoidă, epileptoidă. A se vede şi subcapitolul din lucrarea noastră referitor la "personalităţile accentuate" (Leonhard).

*

Un interes real pentru medicină o are şi situaţia "nevrozaţilor temperaturii" (Mauriel). Oameni inteligenţi, deseori cultivaţi, pot avea obsesia "caldului" şi a "recelui"; se cred friguroşi şi delicaţi, îşi dere-

glează sistemul de homeostazie termică prin cocoloşire *(homeostanie,* R. Held). Grija pentru o temperatură constantă (sau ridicată) a camerei se însoţeşte de agresivitate (orice impresie a "abaterii" de la atitudinea de cocoloşire poate antrena reacţii aparent paradoxale, de fapt răutăcioase: obligaţia - pentru ceilalţi - de a închide fereastra când le este cald, de a o deschide când le este rece; dorinţa de răzbunare nu mai ţine seama de securitatea proprie). "Nevroza" devine cu uşurinţă familială (se raţionează în termeni de grade celsius etc.). Interpretarea psihanalitică propusă, ingenioasă dar fantastică, se referă la starea de securitate a fătului şi a sugarului: aceşti oameni preferând căldura intrauterină sau cea a leagănului, au nostalgia acestora.

*

Oboseala cronică, constituţională, ar merita să fie şi ea amintită aici. Există indivizi care îşi consumă toată energia pentru *a nu face nimic.* Oboseala este, pe de altă parte, o formă facilă de "refugiu (subconştient sau inconştient) în boală". "Oboseala" poate fi legată de lipsă de energie, dar şi de lipsă de "libertate", de dificultatea de a întreprinde sau de a suporta, de incapacitatea de proiectare în viitor. "Oboseala" poate fi o mască, un alibi, un şantaj; poate fi o "retragere narcisică" a adolescentului sau a inadaptatului (Kahn). Trebuie subliniat faptul că inactivitatea *nu* este antidotul oboselii, căci "vidul" pe care-l creează generează anxietate *(munca* şi *lupta* susţin omul împotriva anxietăţii).

Sindromul astenic este alcătuit din fatigabilitate, irascibilitate, cu manifestări explozive după care urmează un sentiment de epuizare; concentrarea atenţiei este anevoioasă; apar multiple senzaţii neplăcute de la viscere, de la organele de simţ, de la piele şi de la aparatul locomotor.

Sindromul astenic, cel obsesional şi cel isteric sunt sindroamele cardinale din cadrul simptomatologiei de tip nevrotic.

*

Nevroza are amprenta caracterului, iar caracterul conţine în stare virtuală factori care se pot transforma în nevroză. E. Kretschmer a admis continuitate *posibilă* între constituţie (caracter), nevroză, respectiv psihopatie şi psihoză. Dacă privim *tulburările psihice* (sau numai simptomatologia subiectivă) ca o reflectare a alterărilor cerebrale, este plauzibil să admitem (cu A. V. Snejnevski, 1960) că specificitatea sindroamelor descreşte de la leziunile cele mai grave la cele mai puţin grave, în ultima categorie intrând şi sindroamele de tip nevrotic, Este de reţinut şi faptul că, într-o serie de afecţiuni somatogene (şi, mai rar, psihogene), dinamica sindroamelor psihice prezintă o succesiune crescândă a gravităţii, asemănătoare celeia descrise în schema lui Snejnevski, urmată de o regresiune în acelaşi sens (B. Llopis, 1960; H. J. Weitbrecht, 1957).

În medicina generală, interesează, în primul rând, acele nevroze care au simptomatologie viscerală ("somatizările" psihogeniilor) dar totodată şi "psihizările" afecţiunilor somatice. Este important să se caute *coeficientul nevrotic* în diferitele boli somatice, coeficient care modifică simptomatologia, evoluţia, prognosticul, receptivitatea la tratament şi calitatea relaţiilor dintre medic şi pacient.

K. Schneider (care considera psihiatria ca studiu al anomaliilor psihice) deosebeşte anomalii *(Abnormalitäten)* ca variante ale speciei umane şi anomalii ca *urmare a unor bolii* (boli cunoscute sau numai "postulate", cum este în cazul psihozelor endogene). Dar alături de ceea ce este *psihogen* sau *somatogen,* K. Schneider lasă deschisă posibilitatea anomaliilor *metagene,* care ar reprezenta o "rătăcire" în dezvoltarea psihicului, cu rădăcini endogene, constituţionale, eventual ereditare.

Pentru uzul practicianului, este utilă şi sugestia lui K. Conrad (1958), după care în *tabloul* clinic s-ar cere să deosebim *figura* de *fond.*

*

S. Freud a vorbit despre *psihopatologia vieţii cotidiene,* analizând semnificaţia lapsusurilor, uitărilor, micilor greşeli de conduită (cum sunt şi cele în care "ne-a luat gura pe dinainte" etc.); ele deschid o fereastră către mecanismele inconştiente. Printre obiectivele ce le avem în vedere în lucrarea de faţă, se găseşte şi acela de a schiţa *psihotatologia vieţii medicale de fiecare zi.* Înţelegem, prin aceasta, manifestări benigne din sfera psihică şi a comportamentului, intrând mai curând în categoria lui *errare humanum est* decât în categoria morbidului şi care împestriţează existenţa curentă a bolnavului şi a medicului. Ca "ingrediente" ale atitudinii bolnavului faţă de boală şi faţă de medic (sau faţă de medicină), dar şi ca "ingrediente" ale atitudinii medicului faţă de de bolnav (şi faţă de alţi medici), găsim frecvent elemente de logică afectivă, lapsusuri şi uitări cu semnificaţie reală pentru structura personalităţii - care traduc (exprimă) atitudini faţă de viaţă, faţă de sine însuşi, faţă de moarte. Alteori, mecanismele de interferenţă a comportamentului adaptativ adecvat sunt mai complexe: represiune (refulare) sau regresiune spre o structură sufletească mai primitivă (infantilă, "magică" etc.).

Ipohondria. Bolnavul închipuit

Problema ipohondriei este (Weitbrecht) "un focar în care se concentrează problemele nesoluţionate ale medicinii şi psihiatriei". Sub eticheta de ipohondrie se înţelege, pe de o parte: a) starea de supraevaluare (cu anxietate şi îngrijorare) a unor tulburări existente, somatice sau psihice, însă *obiectiv* lipsite de importanţă - dar şi b) un *tip* al comportării sufleteşti: bolnavul care se plânge medicului fără o întemeiere obiectivă ("malade imaginaire", Molière). Aceste *tip* nu este net despărţit de sfera normalităţii - şi are relaţii certe cu sindroame psihopatologice de natură depresivă sau compulsiv-anancastică, cu psihopatia celor nesiguri de sine, dar şi cu nevroza demonstrativ-anxioasă (de categorie isterică) sau cu cea "tendenţioasă".

Ipohondria umple spaţiul larg între simulacru şi delirul paranoic - ipohondriac. E. Bleuler credea că ipohondricii sunt schizofreni latenţi. Diagnosticul se pune relativ uşor când se pot evidenţia simptome ale unei structuri psihopatice, ale unui delir schizofrenic, ale unei depresiuni ciclotime sau ale unei dezintegrări involutive. Diagnosticul *curent* oscilează între neurastenie, psihopatie, nevroză, simulare, *caput pigerrimum.* Esenţial este să se stabilească dacă este vorba de o "fugă în boală", realmente de o psihoză severă, sau de un caracter "reflexiv", care este sinonim cu ipohondricul înnăscut. Dar un astfel de caracter se poate dobândi şi în urma unor experienţe de viaţă: corpul devine atunci (prin autoobservaţie şi prin grijă) nu numai *conţinut* al vieţii, ci şi al *anxietăţii* şi al fricii (şi, ca atare - având în vedere atât ambivalenţa, cât şi mecanismele reactive ale *ego*-ului - ipohondria traduce şi dorinţe) (Jaspers etc.). *Psihopatul astenic* este prototipul "nervosului" popular - care nu este astenicul schizotim al lui Kretschmer, ci este şi deosebit de labil din punct de vedere somatic. O. Foerster îi îngloba pe ipohondrici printre "stigmatizaţii vegetativi" şi susţinea existenţa (la aceştia) a interesării căilor corticofugale şi striopalidale de inhibiţie a durerii. Freud vorbea despre o "erogenizare narcistică" a unor anumite părţi din corp, prin desprinderea *libodo*-ului de obiectele (sau persoanele) mediului înconjurător. În multe cazuri, nu se poate spune dacă punctul de plecare al ipohondriei este psihic sau somatic. Bineînţeles, psihoterapia este eficace mai ales în ipohondriile necaracteriale, *reactive* la întâmplări traumatizante. Iată, şi aici există un moment constituţional - exprimat prin limita de toleranţă, prin capacitatea de "prelucrare" a experienţei de viaţă, prin posibiliatea de a lua atitudine faţă de suferinţă. Ipohondria propriu-zisă trebuie diferenţiată de stările depresive cu expresie mai ales vegetativă (Lemke) şi de halucinaţiile somatice ale schizofrenilor.

Omul "poate să fie ipohondric" deoarece este o fiinţă "îngrijorată". Grija referitoare la corp este oarecum corespondentă grijei pentru mântuirea sufletului - o caricatură a "anxietăţii existenţiale" (Weitbrecht). Ca şi în cazurile de depresiune cu puternice sentimente de culpabilitate, bolnavii sunt alteraţi în fundamentele persoanei lor;

nu se mai poate spune că ei “au” o anumită boală, ci că ei “au devenit alţii” şi *acest fapt* este *tocmai* boala.

Ipohondria este o stare de frică de boli - dar ipohondricul nu este cu necesitate fricos şi laş în toate împrejurările vieţii. Anxietatea ipohondrilor nu trebuie considerată ca semnul umilitor al lipsei de virilitate. Desigur, ipohondricul este incomod pentru medic. Întâlnim ipohondricul capabil să sâcâie pe medic, dar şi pe cel la care frica de boală se proiectează şi asupra medicilor, examenelor, remediilor etc., astfel încât ei le evită pe cât se poate - şi, uneori, exagerat. Din punct de vedere spiritual, Günther consideră că angoasa în faţa bolii şi a morţii este corelată pozitiv cu sentimentele de compasiune şi de omenie. Angoasa ipohondriacă poate fi, aşadar, şi un catalizator sau un stimulent.

*

Pe linia şcolii franceze de medicină, P. Pichot a definit *bolnavul închipuit* ca fiind “un subiect care-şi închipuie că este atins de o boală corporală pe care el nu o are” - dar aceasta nu înseamnă că bolnavul închipuit nu este un bolnav psihic. Aproape o treime din bolnavii care cer o consultaţie psihiatrică fac parte din această categorie. *Ipohondricii* şi *anxioşii* ar fi două mari categorii; în ultima, se propune subdiviziunea în *nevroza de anxietate* (cu acuze speciale în sectorul cardiovascular) şi *isteria de anxietate* (de exemplu, cancerofobia). La trăsăturile de personalitate de bază ale ipohondricului se pot asocia însuşiri paranoide, obsesionale sau isterice. Isteria de conversiune se deosebeşte de “boala imaginară” prin simptomatologie, ca şi prin rolul jucat de sugestie şi hipnoză în apariţia şi terapia bolii. Starobinski insistă şi asupra deosebirii dintre *boală închipuită* şi *boală inexistentă*. O boală *închipuită* se poate transforma într-o boală “reală”; uneori boala *închipuită* ia naştere din cauza unui diagnostic greşit (este iatrogenă). Contrar aşteptărilor, frecvenţa *medicilor* printre *bolnavii închipuiţi* este foarte mică (Debray, Starobinski şi Varay).

Bolnavii “dificili”

A. Păunescu-Podeanu a consacrat o monografie *bolnavilor dificili*, acelor bolnavi care, “chinuiţi de suferinţe variate, chinuiesc, la rândul lor, pe medici cu plângerile lor, cu solicitările lor, cu interpretările lor privind boala şi, uneori, cu revendicările lor... dificili de multe ori chiar sub raport social, greu de suportat, incomozi, agasanţi” *(les misérables)*. Ei acuză tulburări multiple, polimorfe, care izbesc prin anumite caractere speciale (descrise, uneori, în termeni bizari); tulburări excesiv de variabile de la o zi la alta, intrigând prin apariţia lor “inexplicabilă” prin rezistenţa lor la terapeuticile cele mai diverse şi prin corelarea cu o stare generală nu tocmai precară. “Niciodată nu se simt bine, dar nici nu le merge prea rău”. Sunt bolnavi care trec de la un medic la altul, faţă de care unii medici au o faimă deosebită (şi prin care unii îşi dobândesc celebritatea, reputaţia, cariera).

Bolnavii dificili nu sunt bolnavi închipuiţi. O reabilitare a lor a fost încercată de Nathan (1931), care a vorbit despre “bolnavii *aşa-zis* închipuiţi”. Ei nu sunt purtători ai unor suferinţe *fictive* sau *sine materia*, nu sunt tot una cu istericii, nu sunt în general psihopaţi sau psihotici; deseori însă suferinţele lor au un mecanism psihosomatic. Problema fundamentală care se pune în faţa unor asemenea cazuri este de a şti *ce este* organic, *ce este* funcţional şi *ce este* pur subiectiv din aceste suferinţe (sau *cât este* din fiecare aspect, în fiecare simptom). Afecţiunea psihosomatică se complică adesea cu o afecţiune somatopsihică (şi invers); sau, cu alte cuvinte, întâlnim o patologie cerebroviscerală complexă. Apare greu de spus ce este suferinţă somatogenă cu aspect pseudonevrotic sau pseudopsihonevrotic, ce este nevroză somatogenă şi ce este dezechilibru neurovegetativ. Mici organopatii sau endocrinopatii; infecţii cronice oculte; dezechilibre ionice sau metabolice – dar şi afecţiuni neurologice sau tumori maligne, se manifestă prin tabloul *bolnavilor dificili*. Este necesar să se cerceteze eventuala prezenţă a spondilopatiilor, visceroptozelor, a spasmofiliei, a denivelării tensionale ortostatice, a surmenajului, a disfuncţiilor vieţii sexuale, a alergiilor. Factorul individual este hotărâtor, prin: a) sensibilitate algică; b) structură şi

reactivitate neurovegetativă, endocrinohormonală şi biochimică; c) psihism. Varietatea şi complexitatea cazurilor fac insuficiente diversele clasificări propuse (cum ar fi şi aceea în *hipoexcitabili* şi *hiperexcitabili).*

În aceeaşi categorie de bolnavi intră şi aîa-numita *patraquerie* (Burnand)*: persoanele *slabe,* bolnăvicioase; nici lor nu le merge "niciodată prea bine, dar nici prea rău" (Roch); sunt stări patologice mai mult sau mai puţin stabilizate, devenite aproape constituţionale, apiretice, de origine de obicei bacilară.

*

Pacientul *care doreşte să fie bolnav* poate fi un simulant, un om de rea credinţă, ori un om care-şi întreţine boala sau chiar şi-o provoacă (conştient). Pentru acest grup de pacienţi, s-au propus mai multe etichete: *patomimie* (Dieulafoy-Bourget), *sindrom Münchhausen* (Asher), *boala Lucy* (după un poem de Wordsworth), *syndrome of hospital addiction* (Bagan); *peregrinating problem patiente* (Chapman).

Probleme de igienă psihică în medicina generală

Igiena psihică (şi morală) priveşte nu numai profilaxia bolilor mentale, dar şi profilaxia bolilor somatice, deoarece interacţiunea psihomatică este complexă şi multilaterală. Există cauze psihice - dar şi cauze somatice ale bolilor psihice, după cum există cauze somatice - dar şi cauze psihice ale bolilor somatice. De la caz la caz, trebuie stabilit bilanţul etiologic şi *patogenic,* renunţând la alternativa *"sau* psihic, *sau* somatic" (Kehrer).

Există *sindroame* care leagă organic tulburările psihice de cele fizice, cu nume diverse: sindromul general de adaptare (Selye), sindromul dezintegrării structurilor, tipul de relaţie exogenă acută, psihosindromul organic şi sindromul de tulburare circumscrisă (Bash). C. Murphy vorbeşte despre trei mari căi pe care se poate ajunge la

* *Patraque* este o maşină care funcţionează defectuos.

boală: *conflictul, frustraţia* şi *dezorganizarea.* În toate aceste situaţii, găsim o creştere de tensiune care depăşeşte limitele de toleranţă ale individului. Despre conflict, "cauză universală a bolilor mentale", au vorbit N. Mărgineanu şi R. S. Lazarus. Primul, deosebeşte conflicte: *psihologice, biologice* (legate de "interferenţa între suflet şi corp" şi mai ales de perturbări somatice), *psihosociale* şi de *evoluţie.* Reducerea tensiunilor se poate face prin agresiune, resemnare, autoînşelare şi prin *deplasarea* agresiunii: deplasarea întâmplătoare sau simbolică. După A. R. Luria (1932), cu cât nivelul la care apare conflictul este mai înalt, cu atât este mai mare şi şansa de a găsi o soluţie. O "problemă" insolubilă la nivel inferior poate fi solubilă la nivel simbolic (de ex. al limbajului) - dar nivelul mai înalt (de "altitudine") este şi cel mai vulnerabil.

Nu trebuie să trecem cu vederea faptul că *sănătatea mentală* şi fizică depind de condiţii social-culturale date şi că *traumele* sunt evaluate *în raport* nu numai cu temperamentul, ci şi cu *Weltanschauung*-ul şi cultura persoanei (s-a vorbit de *sociofiziologie* şi de *psihiatrie culturală).*

*

Problemele *igienei mentale* sunt strâns legate de problemele de sociologie, economie, politică, organizarea muncii, dietetică; ca ştiinţă angajată, "igiena nu este aceeaşi când igienistul este creştin sau când este marxist" (Ferrabonc). După Poter, igiena mentală are drept scop "să caute în diferitele ştiinţe" tot ce este susceptibil să conserve echilibrul stării mentale, să-l amelioreze eventual, să-l ferească de psihopatii pe cel predispus. *Igienistul* are la rândul său o psihologie particulară: a cunoaşte, a educa, a legifera. De fapt, igiena mentală se extinde şi la profilaxia sau la combaterea toxicomaniilor (inclusiv a alcoolismului) şi a crimei; pe de altă parte, în afară de igiena mentală a *individului,* ea cuprinde măsuri *eugenice* şi de igiena mentală a *colectivităţii.* Orientarea şi adaptarea psihică profesională, *educaţia* - sunt modalităţi de lucru în ultimul sector. Relaţiile dintre educaţie şi terapie au fost cercetate la noi de Sen Alexandru (1978).

Un principiu de bază al igienii mentale trebuie să fie recunoaşterea faptului că "forţa plastică a sufletului acţionează ca un factor

natural, care participă atât la crearea *formei*, ca şi la desfăşurarea ulterioară a *proceselor* organice... ea poate să le facă să devieze spre boală, dar să le şi îndrepte într-o direcţie mai favorabilă" (Paul Schilder). Sau - mai categoric - se afirmă că "omul este în stare să-şi modeleze procesele morbide" (L. v. Krehl).

O mare însemnătate o are igiena mentală a *vârstelor*. Ea trebuie începută încă "intrauterin" (deoarece afecţiunile sarcinei, distociile, traumatismele obstetricale - dar şi starea nervoasă a mamei sau factorii nocivi de mediu, influenţează fătul). Se spune despre Smiles că a răspuns mamei unui copil de un an, care venise să-i ceară sfaturi pedagogice, că a sosit *prea târziu cu un an*. Goethe scria că este o *enormă diferenţă* între situaţia în care trupul îţi este un aliat şi cea în care trupul îţi este un adversar. De obicei, prin "igienă mentală" se înţelege igiena mentală a *adultului* - însă rezultatele sale depind în mare măsură de antecedentele *educative*. *Pedagogia caracterului face parte din profilaxia tuturor felurilor de boli.* Dar igiena mentală n-are numai rol antipatogen, ci şi acela "de a creşte bucuria de a trăi" (J. Klaesi) şi de a îmbunătăţi prestaţia. Acelaşi Goethe scria: "urăsc tot ceea ce mă instruieşte fără să-mi crească activitatea sau fără să mă însufleţească".

Nu sunt perimate *considerentele morale* în igiena mentală, chiar dacă azi nu mai admitem în general etiologia "etică" a unor boli. Nu este vorba numai de efectele "remuşcărilor" (asupra cărora a insistat din nou, în ultimele decenii, H. Baruk), ci de efectele unei vieţi ce decurge fără frână morală şi chiar fără autocontrol. Poate că s-a pus un accent exagerat pe latura *afectivă* în psihogeneză (boli *timogene*) - când efectele patogene pot ţine de *voinţă* şi chiar de *inteligenţă*. Încă Ioan Hrisostomul atrăgea atenţia asupra relaţiei dintre lăcomie şi obezitate: "corpul reclamă alimente şi nu delicii".

În problema igienei mentale, esenţiale sunt (conform concepţiei expusă de J. Rofé):

1) păstrarea şi fortificarea sănătăţii fizice *(mens sana in corpore sano)*, inclusiv prin sport, metode de gimnastică respiratorie, metoda Hatha-Yoga, cu educarea stăpânirii de sine;

2) exersarea funcţiilor sufleteşti (îndeosebi a memoriei şi a atenţiei, inclusiv prin metode de tip Karma-Yoga);

3) existenţa unui "scop al vieţii întregi" (Marc Aureliu). S-ar putea spune că *omul ideal* este omul cu un *ideal* (înalt). Numai un ideal puternic poate corecta întreruperile, abaterile, dezantrenările;

4) activitatea cu intercalarea unor destinderi, după un ritm adecvat; lărgirea orizontului şi un antrenament la "acţiunea adevărurilor incomode... *Logicul* trebuie să triumfe asupra *psihologicului* şi suntem cu atât mai normali cu cât reuşim (mai bine) în acest efort";

5) menţinerea *egalităţii cu sine*, atât prin evitarea unor factori perturbanţi, cât şi prin exerciţiul progresiv al rezistenţei. "Efortul către normalitate" întâlneşte, în fiecare zi, obstacole şi încercări.

Pe scurt, s-ar putea spune că avem la dispoziţie metodele *asanării mediului*, ale "dieteticii sufletului" (Feuchtersleben) şi ale *antrenamentului*. Ele se integrează într-o *medicină formativă* (Al. Partheniu) sau într-o *psihosomatică autoformativă*.

Încheiem cu câteva observaţii:

1. Igiena nu trebuie confundată cu o ştiinţă a cruţării forţelor cu orice preţ, ca o ştiinţă a comodităţii şi a păstrării sănătăţii ca bun suprem. Igiena nu este o anexă a egoismului şi a instinctului de conservare. Sănătatea nu este numai o valoare *în sine*; este mai curând o valoarea *prealabilă*, o premisă pentru realizări care să se înscrie în afara individului, pe plan social. Igiena nu trebuie confundată nici cu o ştiinţă a păstrării, a stabilizării echilibrului fizic şi sufletesc, considerat ca stare optimă a vieţii. Viaţa este progres, evoluţie – iar rămânerea pe loc, chiar într-o stare de echilibru satisfăcător şi plin de satisfacţii, este *mai puţin* decât sănătate mentală. S-ar putea spune că motorul progresului uman este frământarea. Omul se judecă după productivitate, creativitate, capacitate de evoluţie - şi nu după rotunjirea formelor sale sau după gradul de veselie. De aceea, igiena sufletească nu este numai protecţie, ci şi antrenament; nu este numai *dietetică a sufletului*, ci şi angajarea în aventuri nobile ale minţii; nu este numai abilitatea de a evita primejdiile, ci şi eroism cotidian. Unii autori au considerat că unele nevroze pot apărea din cauză că activităţi de *luptă* şi de *înfruntare a primejdiilor* nu mai solicită "omul progresiv domesticit" (H. Schulze).

2. Igiena mentală (psihică şi spirituală), profilaxia mentală şi morală - nu pot neglija aspectele variate ale vieţii sociale, culturale şi politice. Un mare număr de indivizi instabili, antisociali, dezorientaţi,

perverşi - îşi desfăşoară activitatea în societate, "infectând" victime printr-un proces de veritabilă "contagiune morală". A. Carrel se întreba "pentru ce se izolează oamenii atinşi de boli infecţioase şi nu acei care comunică altora bolile lor intelectuale şi morale? Pentru ce obişnuinţele care provoacă afecţiunile organice sunt considerate ca periculoase - şi nu acelea care produc corupţie, criminalitate, nebunie?". O atenţie specială o merită *prestaţiile artistice* cu efecte perturbante şi degradante. Operele literare sau cinematografice care etalează vicii au mai curând o acţiune *antieducativă* decât o acţiune de "imunizare la rău".

Evident, omenirea ar fi câştigat enorm dacă unii uzurpatori ai puterii politice (de ex. A. Hitler), dacă unii fanatici rătăciţi, ar fi fost prezentaţi contemporanilor lor ca anormali psihici, psihopaţi sau chiar ca *veritabili alienaţi.*

3. După cum spunea Taine, "nebunia" nu este un imperiu distinct şi separat: "viaţa noastră ordinară se învecinează cu ea şi cu toţii intrăm într-însa printr-o oarecare porţiune din noi. Nu se pune problema de a fugi de ea, ci numai de a nu cădea în ea decât pe jumătate". Acest percept este cu atât mai preţios astăzi, când omenirea pare a se fi dezvoltat mai rapid pe plan intelectul şi tehnic decât pe plan moral şi când condiţiile nervoase şi sufleteşti ale vieţii civilizate urbane predispun la dezechilibru.

4. Bolile mentale bine caracterizate sunt relativ frecvente. Unul din zece americani are nevoie, la un moment dat al vieţii, de asistenţa psihiatrică, iar bugetul S.U.A. prevedea, la un moment dat, pentru îngrijirea bolnavilor mentali, o sumă comparabilă cu cea folosită pentru navigaţia cosmică! Dar, în afară de cei bolnavi, există marea categorie a celor care, din cauze ce rezidă în structura şi în reactivitatea lor mentală, nu depun o prestaţie socială optimă, nu se bucură de viaţă, *constituie un izvor de nefericire pentru ambianţa lor imediată.* Igiena mentală are în vedere tocmai de aceea şi ameliorarea condiţiei umane, înţeleasă în aspectele sale caracteristice omeneşti.

Personalitate şi boală

Psihologia bolnavului ca reacţie la boală

Vorbind despre *persoană* şi *personalitate*, am subliniat ideea că una dintre trăsăturile care deosebesc *persoana* de simplul *lucru* este o anumită modalitate a *reacţiilor* sale. Ideea de reacţie (reacţiune) a fost introdusă în ştiinţă pentru a fi opusă ideii de spontaneitate. Reacţie nu înseamnă "tendinţă la opoziţie" faţă de influenţele externe. Asemenea tendinţe se întâlnesc însă în anumite sisteme. S-a remarcat faptul că, în anumite sisteme nevii, există *reacţii fugitive*, care fac ca acţiunea perturbantă exterioară să-şi piardă din eficacitate: o expresie a acestor reacţii este (după L. Jendrassik) cunoscutul principiu al lui Le Chatelier. În sistemele de reglare automată, *reacţiile* de tip cibernetic asigură: fie echilibrul, prin anularea efectului perturbaţiilor şi revenirea la *statu quo ante* (în *homeostate)*, fie continuarea executării unui program, cu toate că survin perturbaţii (în *servomecanisme).* În organismele vii, s-a dezvoltat nu numai reglarea homeostatică, ci şi *secluziunea* (E. Racoviţă), adică apărarea prin *izolare* (cochilii, blană etc). Reacţiile fugitive s-au transformat în "reacţii de fugă". Sistemul viu este un sistem homeostatic, dar şi un sistem în evoluţie; aspectul de evoluţie pe plan psihologic (intelectual, moral, spiritual) după încetarea creşterii (ontogenetice, somatice) este caracteristic omului. Conceptul de evoluţie este mai important pentru o medicină antropologică, decât conceptul de homeostazie: după cum s-a spus, este necesar să şi-l subordoneze. *Starea de sănătate* este aceea care permite libera desfăşurare a evoluţiei; stagnarea (care nu e tot una cu repausul, cu contemplaţia etc.) este ea însăşi o stare morbidă. O adaptare reuşită *nu* este aceea care asigură supravieţuirea sau buna funcţionare a

organelor - ci aceea care nu stânjeneşte evoluţia, desfăşurarea persoanei, "supervieţuirea" (după expresia lui Teilhard de Chardin).

Figurativ, interacţiunea organism-mediu poate fi asemănată şi cu un dialog, fiind vorba atunci de *întrebare* ori *solicitare* şi *răspuns*. Un răspuns poate fi o *ripostă*, atunci când răspunsul înseamnă *combaterea* argumentelor. Despre ripostă vorbim, de asemenea, în *luptă*. Reamintim toate aceste noţiuni pentru a reactualiza, în capitolul de faţă, distincţia făcută de D. Danielopolu pe plan fiziologic, între *reacţie*, *răspuns* şi *ripostă*. Sens de echilibrare, înlăturare, anihilare a influenţelor mediului au numai *ripostele* elementului viu (sens teleonomic, după terminologia lui Pittendrigh, sau *biochimie*, după cea a lui K. Rothschuh). *Reacţia* este, de exemplu, contracţia muşchiului la excitarea nervului motor; *ripostă* este tremorul muscular la frig. N. Botnariuc foloseşte termenul de "reacţie adecvată" pentru riposta cu rol util (de apărare, de echilibrare, de homeostazie etc.).

În literatura fiziologică şi psihopatologică, termenul de *reacţie* este folosit indistinct pentru toate răspunsurile, reacţiile şi ripostele sistemelor, atât pentru cele alospecifice, cât şi pentru idiospecifice. Printr-o curioasă evoluţie semantică, prin *reacţie* se înţelege efectul în care este implicată activitatea, originalitatea şi chiar spontaneitatea sistemelor vii. Două sensuri sunt subînţelese mai frecvent: a) cel de idiospecificitate; b) cel de tendinţă defensivă - care poate fi şi (în psihopatologie): echilibrare, ripostă sau "fugă", secluziune sau compensare etc.

Aspectul *productiv* eventual adecvat al "reacţiei" bolnavului a fost subliniat cu claritate, mai întâi de către A. Binet şi Simon (1910), într-un memoriu care n-a avut ecou. Aceşti autori se străduiau să izoleze elementele caracteristice, esenţiale (de exemplu, în isterie-sugestibilitatea), de modul în care *personalitatea* se "comportă" faţă de simptomele specifice. Există deci factori reacţionali (care nu sunt, întotdeauna, factori de ripostă); se poate vorbi despre "primirea" *(accueil)* de care se bucură manifestarea morbidă din partea personalităţii, de *atitudini*, de reacţii *sănătoase* ori *morbide* la simptomele morbide. Dar în generaţia următoare, psihiatria (şi nu numai psihitria) de inspiraţie psihanalitică a făcut uz larg de noţiunea de reacţie, de "apărările" *ego-ului*, de rolul persoanei în sistematizarea, organizarea şi interpretarea *morbidă* a unor simptome (eventual somatogene). Pe această linie s-a mers la exagerări ingenioase, dar şi la observaţii de mare fineţe. Bolnavul mental poate încerca să "raţionalizeze" (să găsească *explicaţii* raţionale) pentru ceea ce irupe din inconştient sau pentru o halucinaţie somatogenă - şi astfel alunecă în fantastic şi în delir. De fapt, *reacţia* bolnavului faţă de simptomul îngrijorător este mult mai largă decât o abordare *explicativă* de fantasmagorii (de exemplu, se crede *important* pentru că se simte *persecutat).*

Meritul lui Binet şi Simon este de a fi deosebit, în acest sector, simptomele de *deficit* de cele de *reacţie* (care atestă deci *vitalitatea*, o "bionomie" şi "psihonomie", intacte şi operante). Pe plan fiziopatologic, distincţia întâlneşte pe cea datorită lui I. P. Pavlov - care a insistat asupra organizării, de către sistemul nervos, a apărării organismului (simptome "reacţionale", în aceste sens fiind, de pildă, tusea, strănutul, diareea).

O idee asemănătoare domină doctrina homeopatică şi doctrinele "naturaliste" *(Naturaheilkunde):* ultimele văd în toate simptomele bolii expresii ale unui *vis medicatrix naturae*, care se cer respectate. De menţionat că nu întotdeauna sistemul nervos *avantajează* sănătatea somatică (există reflexe condiţionate patologice, boli corticoviscerale, sindroame de iritaţie) şi că rolul pe care-l joacă viaţa psihică pur-şi-simplu pentru Viaţă, nu este totdeauna avantajos.*) Acolo unde mijloacele "mediului interior" (sau ale automatismelor reglatoare) dau greş, este nevoie de intervenţia "mediului exterior" (ca inginer al "biotehnicii" şi al "psihotehniei" umane). Aceste distincţii nu coincid cu cel al liniei de gândire H. Jackson - H. Ey (deficit-liberare), nici cu cel al liniei de gândire a lui G. Roussy şi M. Mosinger (care deosebesc fenomene de dezintegrare şi fenomene "corelative" adică neuro-ergonale).

* Recent, Ecaterina Semen-Negrea a constatat, pe material abundent, că tumorile canceroase nu se dezvoltă la persoane cu deficit mental sau cu o viaţă psihică simplă.

Unitate şi varietate a reacţiilor

Să examinăm câteva din *reacţiile persoanei* la fenomenul boală, reacţii care se petrec în "domeniul" psihologic sau psihosocial.

Constatarea şi *recunoaşterea* bolii sunt situaţiile "realiste", care reprezintă premisa unui tratament eficace şi "raţional" (în dublul sens): a) al aplicării mijloacelor ce au întemeiere raţională, ştiinţifică, şi b) al evitării apelului la mijloace inadecvate (superstiţie, magie etc.). Aceste situaţii (care presupun luciditate, conştiinţă şi o doză de eroism) nu sunt singurele pe care le întâlnim, chiar atunci când bolnavul este "conştient" din punct de vedere neurologic, "normal" din punct de vedere psihiatic şi "competent" din punctul de vedere al cunoştinţelor.

Ignorarea stării de boală poate proveni din lipsa simptomelor, din desconsiderarea lor, din ignoranţa culturală, etc. În rare cazuri, *anosognozia* la exteriorizări evidente ale bolii (ex. paralizia unui membru) ţine de deficite neurologice în integrarea informaţiilor senzoriale şi memoriale, nu putem vorbi însă de reacţie a persoanei faţă de boală.

Negarea stării de boală este însă o reacţie a Eului. În bolile grave, cu prognostic infaust, cum este cancerul, mecanisme subconştiente împiedică bolnavii să facă sinteza mentală a simptomelor şi a cunoştinţelor, ceea ce duce la neglijenţă (uneori fatală) în ceea ce priveşte luarea măsurilor care se impun. Această "ascundere faţă de sine" se poate manifesta, pe planul comportării, prin acte de *bravadă*, bolnavul expunându-se fără rost la situaţii riscante din punctul de vedere al sănătăţii, pentru a-şi dovedi sieşi şi a dovedi altora că nu este bolnav sau că este *rezistent*. Dar ea se poate manifesta şi printr-o lunecare pe panta culegerii avide a satisfacţiilor cotidiene, printr-o viaţă trăită cât mai intens sub semnul lui *carpe diem*. *Simularea sănătăţii*, faţă de sine şi faţă de alţii, are o evidentă amprentă axiologică: în momentele în care pierderea sănătăţii este un fapt consumat, bolnavul începe să acorde sănătăţii aprecieri maximale, considerând-o drept valoare *supremă* a vieţii (când, de fapt, ea nu este decât o valoare *prealabilă*, o premisă pentru realizarea, pentru dobândirea sau pentru aprecierea altor valori). Prin însuşi faptul că este bolnav, pacientul se simte depreciat în raport cu lumea sănătoasă (sau aparent sănătoasă). "Masca" sănătăţii poate fi purtată cu multă naturaleţe sau poate da - de la prima vedere - impresia de forţat, de articial. Prin simetrie cu "fuga în boală" a multor nevrotici, se poate vorbi şi de "fuga în sănătate" a unor caractere puternice, active, productive. În simularea *dramatică* a sănătăţii, schiţată mai sus, se găseşte altceva decât în minciuna interesată, ori câte implicaţii dramatice ar avea o comportare calculată (de exemplu minciuna celui care are nevoie de un certificat de sănătate pentru a fi angajat într-o muncă, pentru a se căsători etc.).

M. Minkowski (între alţii) a descris o formă particulară a *negării* bolii, accidentelor etc., chiar în prezenţa unor semne şi simptome evidente: negarea *verbală*, ca răspuns la *întrebări* - ţinând de elemente de viziune *magică* la pacient. Într-adevăr, în cadrul viziunii magice, *cuvântul* este atotputernic; se crede că prin cuvânt se poate naşte sau se poate şterge o realitate dezavantajoasă. Nu se poate trece însă cu vedere faptul că o *negaţie verbală* repetată acţionează prin mecanisme de autosugestie, cel puţin asupra reflexului subiectiv al stării generale, principiu care stă la baza metodei psihoterapeutice a lui E. Coué. A repeta cu voce tare de zeci de ori în fiecare zi: "din toate punctele de vedere îmi merge din ce în ce mai bine" nu este o formă de autoînşelare, ci un act care se poate însera în dinamica psihosomatică a bolnavului. Nu spunea Pavlov că în cuvânt găsim un "excitant fiziologic real" ? Prin aceasta el voia să sublinieze că un *cuvânt* poate influenţa *funcţia viscerelor*. Dar cuvântul nu acţionează *numai* ca excitant *fiziologic* – el este un purtător complex de informaţie complexă.

Presupunând că pacientul şi-a recunoscut starea de boală, el poate fi diferenţiat după *atitudinea* pe care o va lua faţă de suferinţa legată de boală, faţă de boală, faţă de propriul trup etc. Atitudinea presupune grade (care pot fi foarte variabile!) de distanţare. Aceeaşi atitudine aparentă poate avea motivaţii şi "structuri" diferite. Ca exemplu, *indiferentismul* poate ţine de o mare distanţare observaţională, raţionalizatoare faţă de tine însuţi, sau de o viziune pesimistă, depreciatoare, asupra lumii ori asupra propriei vieţi. Atitudinile

deferente, pozitive şi negative, depind în mare măsură de narcisism şi de ceea ce s-a numit (impropriu) "instinct de conservare"; dar în ele se amestecă şi reacţii *secundare* ale personalităţii, legate de sentimentele de culpabilitate, ca şi reacţii *terţiare*, cu determinism cultural, cu rădăcini în concepţia despre lume şi viaţă *(Weltanschauung)*, în orizontul spiritual etc. Nu este lipsit de interes să deosebim, în aceeaşi ordine de idei, două *tipuri* de atitudini (Häberlin):

a) aceea care s-ar putea numi *naivă*, şi care, sub aspect negativ, cuprinde neliniştea, grija, solicitarea, dezamăgirea – dar care poate cuprinde speranţa, liniştea, bucuria, norocul, fantezia;

b) aceea care s-ar putea numi *problematizantă* - şi în care intervin judecăţi de valoare, raportări la coordonatele existenţiale şi căutări de sens ori semnificaţii. Pentru G. Marcel, omul care-şi merită numele de om este *l'homme problématique*.

"Omul care problematizează" nu va vedea, în boală, numai un accident sau incident al substratului său biologic, ci va căuta în ea o semnificaţie mai generală: fie o semnificaţie privind *propriul său destin*, fie o semnificaţie "revelatoare" pentru structura şi dinamismul universului. Este boala numai o "întâmplare", un nenoroc? Sau *nimic nu este întâmplător, înscriindu-se* pe o linie de *evenimente inevitabile*, ce alcătuiesc o structură coerentă (şi nu haotică)? În *Weltanschuung*-ul mecanicist clasic, exprimat "în mod clasic" de către Laplace, fiecare "întâmplare" omenească îşi are "locul" în desfăşurarea lumii, aşa cum un "loc" anumit şi-l are şi o mişcare planetară. V. Conta, adoptând o asemenea viziune asupra lumii, a etichetat această teorie materialistă ca fiind o "teorie a fatalismului". Dar fatalitatea poate fi privită şi întraltfel. Răspunsurile omeneşti la experienţa nenorocirii se situează - după părerea unor etnografi - pe un continuum între doi poli, exprimaţi respectiv de către legenda biblicului Iov şi de către mitul lui Oedip (M. Fortes,1959). "Principiul oedipal" poate fi rezumat în noţiunea de soartă sau destin, Oedip fiind victima unor influenţe inscrutabile. Principiul lui Iov este cel al "justiţiei supranaturale", personajul fiind legat *contractual* cu o Persoană Supranaturală. *Omenesc* este însă modul de a *reacţiona* faţă de boală, implicit ambianţa umană imediată. Mecanisme subconştiente duc la

căutarea *cauzei* bolilor, mai întâi sub forma unui *vinovat*, unui personaj uman. De la ideea vrăjitoriei (acţiune premeditată!), căreia bolnavul i-a căzut victimă, până la ideea subtilă a rolului involuntar pe care-l are o persoană apropiată în psihogenie, se întâlnesc variante multiple ale acestei tendinţe de *personificare* a agentului patogen. Un mecanism înrudit este cel prin care se caută un "ţap ispăşitor". Pentru că, în faţa situaţiilor dificile, *unele* persoane suferă o regresiune spre modalităţi infantile (sau, în general, primitive) de interpretare şi de conduită, această *personificare* poate primi şi semnificaţia unei regresiuni. Iruperea "mentalităţii magice" poate îmbrăca forme cunoscute în psihiatrie: în ordinea de idei care ne interesează, o însemnătate reală o are "lărgirea câmpului semnificaţiilor" evenimentelor, obiectelor şi persoanelor din jur, care sunt întrevăzute din ce în ce mai mult sub aspect *malefic* (aducător de nenorociri). Pe această linie, mecanismele psihice (de astă dată ele înşile *morbide)* pot ajunge la un delir sistematizat. Pentru un paranoic, realitatea nu mai este împletire de necesitate şi de hazard, de intenţionat şi de fortuit, de semnificativ şi de contingent: orice detaliu întăreşte bănuiala, *ansamblul* mecanismelor universale este orientat malefic către persoana bolnavului. Universul "magic" este rău *intenţionat*. (Această interpretare diferă de cea "mistică", unde intenţia este atribuită lui Dumnezeu).

Situaţia morbidă este, în orice caz, raportată explicit sau mai puţin explicit la câteva *coordonate* fundamentale. Una este legată de voinţa de afirmare şi putere - pe planul tendinţelor (A. Adler), de voinţa de valoare - pe plan spiritual (E. Sperantia). În termeni uzuali, vorbim de *complexe de inferioritate*. Starea aceasta poate genera conduite de *agresivitate*. O altă coordonată este legată de sentimentele de culpabilitate, care (la unele persoane) sunt sentimentele cel mai uşor de suscitat. Există, corelativ, tendinţe autopunitive (prin mecanismul proiecţiei - şi acestea pot ajunge, uneori, la agresivitate). Atitudinea contrară se învecinează însă cu cinismul. Sentimentul de *deprimare* a fost interpretat, din punct de vedere psihodinamic: a) în lumina polarităţii autopedepsire-cinism (Hesnard); b) în lumina polarităţii inferioritate-agresivitate (Adler); c) în raport cu speranţa şi cu "timpul trăit" (E. Minkowski).

Se înţelege cât de complicată este descifrarea atitudinii bolnavului faţă de medic; medicul face parte atât din ambianţă, cât şi din mijloacele virtuale de combatere a bolii sau de apărare a eului faţă de boală. "Reacţiile" bolnavului se pot repercuta asupra medicului care poate deveni obiect preferenţial de proiecţie (eventual "ţap ispăşitor"). Tendinţele de *depreciere* a eforturilor sau a cunoştinţelor sale sunt eventualităţi de care trebuie să se ţină seama întotdeauna.

Atitudinea bolnavului se concretizează în *decizii* cu privire la comportare, tratament etc. Următoarele variante sunt dintre cele mai întâlnite:

1. Atitudinea activă, combativă, de luptă cu boala. Bolnavii care au această combativitate şi-o pot exercita "direct" sau prin mijlocirea personalului medical, cărora li se "abandonează". Bolnavii aceştia sunt bolnavi "buni", ascultători, grijulii, care colaborează cu medicul.

2. Pentru mentalitatea noastră europeană din secolul electronicii, ideea că sănătatea este un bun de mare preţ, iar boala este o situaţie în general negativă, reprezintă aproape o axiomă. În mentalitatea primitivă totuşi există (sau mai persistă) şi credinţa după care boala trebuie respectată, *izgonirea* ei putând atrage rele încă mai mari din partea forţelor care au "trimis-o". Se ajunge astfel la situaţia paradoxală în care bolnavul vindecat cere despăgubiri medicului (Lévy-Brühl).

3. Indiferentismul în faţa bolii poate avea o motivaţie *religioasă*. Legenda biblică a lui Iov include nu numai raportul "interpersonal" bolnav-creator, ci şi încrederea absolută în actele creatorului, în "raţiunea sa superioară", chiar atunci când ea este neinteligibilă pentru creatură. Acel "Domnul a dat, Domnul a luat, fie numele Domnului binecuvântat" exprimă o anumită modalitate de *resemnare*. Una dintre "raţiunile superioare" poate fi sacrificarea individului pentru un interes suprapersonal (această teză este întâlnită şi în filosofia laică). Alta este tocmai *punerea la încercare* a persoanei umane - iar acest moment se găseşte de asemenea implicat în legenda lui Iov.

4. Resemnarea în situaţia bolii incurabile sau a infirmităţii este o restructurare a personalităţii cu semnificaţie adaptivă. Combativitatea poate fi alimentată prin *revoltă;* dar o revoltă incapabilă de a dinamiza o acţiune pozitivă, în vederea vindecării, nu are sens.

5. Complacerea în situaţia de boală este altceva decât resemnare. Motivaţia poate fi diversă: de la "fuga în boală", care aduce unele avantaje materiale, sociale sau sufleteşti, până la intenţiile autopunitive sau narcisismul ambivalent (dragostea pentru tine, dezamăgită, se transformă *parţial* în ură).

6. B. Pascal a conceput o rugăciune pentru "buna folosire a bolii". *Le bon usage de la maladie* nu este un simplu mod de a vorbi. Boala nu trebuie privită ca un rău absolut, ca un rău "pur". Ea poate aduce avantaje de ordin psihologic, spiritual, material, social. Aceasta nu însemană că *bilanţul* bolii este de *obicei* pozitiv, ci numai că "fiecare rău poate avea partea sa de bine". Rolul bolii în biografia *psihică* a individului trebuie cercetat cu atenţie, în fiecare caz în parte. Ideea că boala "ar putea fi folosită" constituie un element important în fiecare act psihoterapeutic (A. Mauriac).

7. Boala este, oricum, o *experienţă de cunoaştere*, permiţând între altele: deschiderea unor ferestre către lumea suferinţei; autocunoaşterea (relevarea fiinţei autentice în "situaţii-limite"); contactul cu profesiunea medicală, cu şi fără măşti; aprecieri asupra valorii practice, concrete a medicinei etc. Aceste îmbogăţiri pe linie de informaţie nu trebuie considerate ca *epuizând* drama psihologică şi spirituală generată de trăirea bolii. Întrebările filosofice generate de această trăire sunt alt act al dramei; o parte din acestea au coloratură etică.

8. Boala impune o *reorganizare a vieţii*, temporară sau definitivă ("cotitură"). "Cotitura" poate fi determinată nu numai de sechele indelebile, de infirmităţi, ci şi de *experienţa psihologică* a bolii, care - scoţând persoana din stereotipul vieţii cotidiene, confruntând-o cu o "situaţie limită", o obligă la reconsiderarea scării de valori şi a oamenilor din ambianţa imediată.

Aceste "reacţii" legate de atitudine sunt numai o parte din concomitenţele şi urmările psihologice ale unei boli. Simptomatologia psihică alospecifică aparţinând cadrului nosologic respectiv, de obicei de ordin deficitar, se datorează atingerii substratului nervos (infrastructurii nervoase); ea poate fi însoţită de reacţii *secundare*, compen-

satoare sau nu. Tot din categoria perturbărilor face parte ceea ce reprezentanţii psihologiei dinamice numesc *slăbirea ego*-ului, a acelei instanţe care ţine echilibrul dintre conştient şi inconştient şi - totodată - echilibrul dintre *super-ego* şi *Id*. Slăbirea *ego*-ului poate tulbura atât viaţa pulsională, cât şi viaţa spirituală. Slăbirea *ego*-ului este un efect nespecific, putând apărea în urma traumatismelor şi dramelor psihice, în urma epuizării nervoase (prin oboseală, surmenaj, tensiune cronică), în urma atingerilor toxice sau toxiinfecţioase neurotrope, ca repercusiune a bolilor somatice etc. Slăbirea *ego*-ului poate reactualiza un conflict, deci efectele de durată sunt idiospecifice. Ca "efecte" tardive ale bolii pot fi considerate şi unele regresiuni sau involuţii, care duc la degradarea sau la depreciere mecanismelor psihice ("subducţiuni"). Când efectele nu afectează mecanisme izolate ale vieţii neuropsihice ci ansambluri structurate şi fondul mental, putem vorbi de o *restructurare* a persoanei.

Poate că este util să deosebim, în cadrul consecinţelor psihice ale unei boli, şi anumite *ecouri*, "răsunete", evident idiospecifice, care sunt fie reacţii temperamentale, fie rememorări (actualizări mnezice) ale unor situaţii asemănătoare, trăite sau văzute în trecut. Ele pot complica problemele terapeutice şi cer un supliment psihoterapic adecvat.

Boala şi biografia psihică a persoanei

Să revenim la problema *bolii în raport cu biografia psihică a individului*.

Este incontestabil faptul că numeroase boli apar ca "fruct" al unor predispoziţii endogene, legătura dintre boală şi temperament fiind mai mult decât aceea dintre "teren" şi o sămânţă care a încolţit şi s-a dezvoltat pe acel teren; între temperament şi boală există atunci identitate de "natură" şi legătură inteligibilă, comprehensibilă. Criza epileptică "creşte" în acest fel pe constituţia epileptoidă, schizofrenia - de asemenea, pe constituţia leptosom-schizotimă, psihoza maniaco-

depresivă pe constituţia picnic-ciclotimă. O interpretare eronată a biotipologiilor moderne de inspiraţie psihiatrică (printre care cea mai cunoscută a fost aceea a lui E. Kretschmer) a dus la criticarea lor pe motivul că starea de sănătate ar fi privită ca un sindrom psihiatric atenuat. În realitate intenţia autorilor acestor biotipologii a fost de a considera unele boli psihiatrice drept variante extreme umane într-o scară continuă.

Legătura "inteligibilă" poate fi întâlnită şi în alte cazuri, studiate mai ales de A. Adler: "defecte" mici sau mari, fizice (somatice) sau psihice, recunoscute de persoană, antrenează reacţii de compensare şi de supracompensare. Bolnavul - sau infirmul - îşi învinge "complexele de inferioritate" devenind un *om superior*. Acest fapt are repercusiuni nu numai asupra performanţelor somatice sau psihice, ci şi asupra liniei de destin (alegerea profesiunii, participarea la anumite evenimente etc.).

Psihanaliza ortodoxă (S. Freud şi alţii) a atras atenţia asupra însemnătăţii traumelor psihice ale copilăriei, pentru dezvoltarea nevrozelor şi a perversiunilor *de mai târziu*. După cum am menţionat, medicina psihosomatică a extins schema aceasta de interpretare şi asupra unor boli viscerale, înţelese ca nevroze somatizate.

Pe noi ne interesează însă mai mult repercusiunile bolilor asupra biografiei ulterioare a individului, considerând viaţa sa psihică şi spirituală ca o verigă de accident sau incident, dar există şi boli care sunt momente cruciale (de răscruce) în viaţa individului. Cotiturile realizate pot fi "din cauza bolii" sau "cu ajutorul bolii". Boala, limitând libertatea şi obturând uneori definitiv anumite canale de manifestare ale persoanei, *obligă* la o restructurare a vieţii exterioare şi interioare, a proiectelor de viitor, a aspiraţiilor. Exemple semnificative de adaptare a existenţei la boală găsim în biografia marelui biolog Ch. Darwin şi a psihiatrului şi filosofului german contemporan K. Jaspers, a compozitorului maghiar Kalman etc.

*

Boala şi suferinţa obligă la *interiorizare*. Acest efect poate fi productiv pe linie personală, dar şi pe linie culturală sau şi politică (în ultimul sens sunt instructive mărturisirile lui F. D. Roosvelt, care toată viaţa a fost paralizat în urma unei poliomielite contractată la tinereţe).

Boala şi suferinţa pot fi însă şi o ocazie de a părăsi planul superficial al aparenţelor, pentru a *adânci* problemele existenţei. Această ocazie a fructificat în lungul multor milenii spiritualitatea omenească, de la Budha până la O. Wilde *(De profundis)*.

În cadrul de faţă, nu ne putem opri asupra valorii creative a bolii *pentru cultură;* în capitolul de faţă ne interesează în primul rând rolul ei creator pentru *personalitate*.

"Buna folosire a bolii" se poate manifesta pur şi simplu prin *clipele* de răgaz pe care le oferă bolnavului, scos din ritmul trepidant al vieţii zilnice. În jurnalul lui Stendhal se găsesc astfel de observaţii. Numeroşi tuberculoşi şi-au putut completa cultura prin lecturile efectuate în timpul curelor sanatoriale. Claude Bernard - experimentator harnic până la surmenaj - a scris celebra sa ***Introducere în studiul medicinii experimentale*** în timpul convalescenţei după o enterită coleriformă, convalescenţă pe care şi-a petrecut-o departe de Paris, la via sa din provincie.

"Buna folosire" a bolii nu este la îndemâna fiecăruia, ea presupune un anumit nivel de evoluţie spirituală. "Buna folosire" în interesul culturii presupune genialitate. Firile "slabe de îngeri" se cufundă în suferinţă, în agitaţie şi în anxietate. Modul în care boala transformă personalitatea acestora este, în general, regretabil: o "rea folosire" a bolii. Desigur, ar fi exagerat să punem accentul pe aspectele *pozitive* ale unor boli. Dar evidenţierea acestei eventualităţi - în cadrul psihoterapiei uzuale - poate împiedica deformarea în sens nedorit a caracterului prin boală.

Cel care a dezvoltat literar teza după care boala şi proximitatea morţii este o inegalabilă şcoală a personalităţii a fost Th. Mann *(Muntele vrăjit)*. Şi pe plan fizic (somatic) există un *bon usage* al bolilor. Folosirea malarioterapiei în paralizia generală progresivă, a terapiei convulsivante în psihoze - sunt numai două exemple. Ideea de a trata o boală prin provocarea uneia suplimentare a fost ironizată de G. Papini în al său *Gog*.

Despre semnificaţia detaliilor corporale

La copil, corpul începe prin a fi un puternic *centru de canalizare*. Copilul nou-născut găseşte satisfacţii în funcţionarea organelor. G. Murphy vorbeşte despre "pulsiuni senzoriale" satisfăcute prin privire, ascultare, pipăire; există nevoia de a schimba forma şi direcţia mişcărilor etc. Copilul este preocupat în mod manifest cu propriul corp în primele luni şi chiar în primii ani. Se poate vorbi de o ancorare *afectivă* în existenţa sa fizică (somatică). Corpul este - pentru copil - o prezenţă continuă şi obiectul cel mai interesant, mai important şi (probabil) cel mai îndrăgit. După unii autori, percepţia propriei persoane şi percepţia celorlalţi se dezvoltă împreună. Printre "ceilalţi" rolul cel mai însemnat îl are, fireşte, mama. "Sentimentul" pe care embrionul îl îndreaptă (?) exclusiv spre eul său somatic, sugarul îl împarte între sine şi mamă.

Un interes intens (sau o "afecţiune" deosebită) pentru o parte *particulară* a corpului (producând de asemenea o fixaţie în sensul psihanalitic) poate perturba "viziunea" asupra corpului - luat ca întreg. Dacă partea este socialmente inacceptabilă (ca în cazul nasului lui Cyrano de Bergerac), sau inacceptabilă din alte puncte de vedere, ea devine centrul unei preocupări neurotice de autoconştiinţă. Unii bolnavi se devotează sau se identifică ca o parte a corpului lor (Horowitz a descris un pacient identificat cu mâna sa dreaptă şi străduindu-se să o aşeze în situaţii favorabile). Indivizii centraţi pe "oralitate" îşi exprimă orientarea prin vorbire, fumat, cântat, mâncat, băut etc.

*

În această ordine de idei, trebuie să subliniem că organele, ţesuturile, umorile au, pentru fiecare conştiinţă sănătoasă şi morbidă -

şi o *altă* valoare decât aceea care le este atribuită de către tratatele de fiziologie. Gândirea simbolică, gândirea magică, gândirea spiritualistă, gândirea "metaforică" - furnizează în fiecare cultură imagini de circulaţie despre aceste "alte semnificaţii" ale propriului nostru corp. Gândirea magică este (desigur, nu în exclusivitate) la originile opoterapiei şi organoterapiei primitive, ca şi a multor tratamente empirice (şi a pseudotratamentelor) cu resturi de organisme vii, cu secreţii şi excreţii etc. În cultura actuală, legăm inima de viaţa afectivă (*la raison du coeur* a lui Pascal) şi creierul de viaţa raţională (cerebralitate = intelectualitate "rece") - dar conexiunea a fost gândită şi altfel în cursul istoriei filosofiei, anatomiei, fiziologiei. Când un bolnav leşină la prelevarea a zece mililitri de sânge, el nu o face pentru că a *pierdut* sânge, ci pentru că a pierdut *sânge*. Psihanaliştii mai vorbesc de o *investigaţie libidinală* a organelor, care depinde nu numai de vârstă, ci şi de trecutul şi prezentul patologic, de imaginile mentale (ele ţin de influenţe culturale, dar şi de "inconştientul colectiv" postulat de C. G. Jung: *arhetipuri).*

Psihanaliza a mai descoperit valoarea simbolică atribuită unor acte fiziologice (de exemplu, analogia între defecaţie-naştere), a unor acte medicale etc.

În afară de sânge, semnificaţii *axiologice* (legate de valoare şi devalorizare) au saliva ("scuipatul"), urina şi fecalele (în calitate de necurăţenii) şi lichidul seminal. Ultimele trei secreţii şi excreţii au o semnificaţie genital-sexuală asupra căreia nu putem insista. Medicina veche (încă cea hipocratică!) considera urina ca pe o *sinteză* de umori, reflectând fidel personalitatea biochimică a bolnavului.

Termenul "poluţie" a fost creat în cadrul unei viziuni "peiorative" asupra sexualităţii. Chateaubriand o descria mai adecvat ca "pierderea unor scântei ale acelui foc care înseamnă trasmiterea vieţii". Nu trebuie să scăpăm din vedere faptul că vechii evrei pedepseau cu moartea obiceiul lui Onan de a împrăştia voluntar sămânţa "pe pământ" în scop anticoncepţional.

În aşa-numita *anatomie psihoculturală,* s-au cercetat conotaţiile de mentalitate populară ale diferitelor organe şi funcţii ale organelor, aşa cum rezultă din expresiile lingvistice şi folclorice. Se iau în

considerare elementele lexicale, locuţiuni, proverbe, zicători, metafore, expresii, tabu-uri, înjurături, nomenclatură diversă (plante, animale, obiecte), elemente de folclor, superstiţii, mutilări, tatuaje, măşti etc. Examinarea unui astfel de material este relevantă pentru aspecte care se întind de la fiziologie, etologie (zoologică), personalitate de bază (cu fundamente de inconştient "freudian" şi arhetipuri – inconştient "jungian"), la modele culturale, simboluri şi axiologie. Expresii ca: "mi se taie picioarele" sau "mi se opreşte inima" sau "se face alb la faţă" traduc observaţii empirice de corelaţii psihosomatice în emoţie. Expresia: "ţine ca la ochii din cap" traduce aprecieri de valoare. Expresiile: "este un om de inimă" sau "este un cap deosebit" traduc o viziune anatomofiziologică poporană (populară). Uneori este greu să stabilim ce este cultural şi ce este etologic: "bate palma" sau "strângerea de mână" amintesc contacte antiagresive de la primatele subumane. Totodată, faptul că numai pentru cuvântul "mână" se găsesc, în *Dicţionarul limbii române*, câteva zeci de expresii lexicale, indică şi polifuncţionalitatea fiziologică, comportamentală, expresivă şi simbolică a acestui organ.

Importantă este reconsiderarea oricărei specialităţi medicale dintr-o perspectivă antropologică *lato sensu*. Antropologia de azi, ca ştiinţă multi- şi interdisciplinară, descifrează dialectica bilogicului şi socialului în viaţa concretă şi oferă un cadru interpretativ larg pentru detaliile vieţii umane. Medicul este dator să înţeleagă amănuntele corpului omenesc şi abaterea de la starea de sănătate, de "normalitate" statistică sau numai *de la un ideal,* în funcţie de contextul psihologic, social şi cultural al *biografiei individului.* Antropologia îi oferă o vedere de ansamblu asupra variabilităţii fenomenelor umane în spaţiu şi timp; fără să ocolească datele şi interpretările biologice, ea le depăşeşte într-o viziune integrativă şi nuanţată a lor. Vom da un exemplu.

Dintele nu este, poate, organul cel mai reprezentativ pentru fenomenul "om" sau pentru aventurile sale biologice, psihologice, culturale şi patologice; el are, însă o relevanţă antropologică la fel de bogată ca şi mâna despre care antropologii, psihologii şi filosofii au scris atât de mult.

În procesul de evoluţie al hominidelor, de transformare a botului mamiferelor în faţă umană, au început să se formeze ideile valorii extremităţii cefalice în selecţia naturală. Faţa umană cu aparatul ei dentomaxilar devine o importantă parte a organismului uman, deoarece ea este sursa de energie, prin importul de alimente, sursa orientării în spaţiu prin organele de simţ pe care le adăposteşte, sursa perpetuării speciei - faţa devenind şi elementul de atracţie a sexului opus. În evoluţia omului, Darwin include, alături de selecţia naturală (considerată luptă pentru existenţă) şi selecţia sexuală, determinată - printre altele - de aspectul feţei celor două sexe. Rolul feţei în identificarea partenerului sexual a fost recent subliniat de Desmond Morris.

Descrierea dinţilor în capitolul anatomofiziologic consacrat aparatului digestiv este o simplificare didactică. Funcţionalitatea dentiţiei este multiplă: încă din primele milioane de ani ale evoluţiei vertebratelor, când a apărut la peşti, a fost o armă de atac, de apărare, apoi de ameninţare. Este una dintre funcţiile *comportamental-etologice* ale dentiţiei, prelungită la animalele superioare prin funcţiile sale psihologice. Primatele superioare subumane, ca şi strămoşii noştri preumani, aveau canini dezvoltaţi nu atât pentru a muşca, cât mai ales pentru a "rânji" ameninţător şi pentru a obţine pe această bază, alungarea adversarului sau o poziţie ierarhic-dominantă în grup.

O altă funcţie ce aparţine acestei sfere este cea *comunicativă*. Printre sunetele pe care se fundamentează vorbirea sunt şi dentalele (ca *d* şi *t*): este de notat că, în comunicaţia prin sunete, cea interumană se foloseşte mult de consoane, în timp ce multe specii animale pot vocaliza.

Aversitatea şi agresivitatea animală, ca şi cea umană, sunt strâns legate de dezvoltarea aparatului dentar (amintit de colţii mistreţului, de dinţii veninoşi ai şerpilor). O atestă numeroase locuţiuni (ca cele în care intervine cuvântul "a muşca"). Odată cu apariţia dinţilor de lapte, relaţiile dintre sugar şi mamă se schimbă; în această fază se întemeiază legături între alimentaţie, *Eros* şi agresivitate. Dintele este un organ de *expresie* nu numai de furie, frică sau ciudă, ci şi însuşirile de

reţinere şi stăpânire de sine, care definesc superioritatea caracteriologică ("strângem din dinţii").

Dacă numim, pe scurt, *dinte fiziologic*, semnificaţia de bază, fiziologică, a dintelui, atunci anexarea sa la aparatul digestiv reprezintă *dintele alimentar.* În pagina precedentă, am trecut în revistă şi *dintele etologic, dintele comunicaţional, dintele "polemologic"* (legat de luptă), *dintele expresiv, dintele erotic.* Ultimele accepţii nu epuizează însă *dintele psihologic;* în lumea umană, dintele poate dobândi multiple semnificaţii. Lumea umană este o lume a valorilor: economice, estetice, etice etc. - deci vom avea de luat în considerare şi *dintele axiologic* (sănătatea este ea însăşi o valoare!). Rolul estetic al danturii este ilustrat de manevrele şi alterările la care o supun unele popoare exotice (modele culturale, *dintele cultural).* Dinţii proprii pot fi purtaţi în gură ca un ornament, după cum dinţii de animale pot fi purtaţi la gât ca o bijuterie. Se completează aici *dintele util* cu *dintele estetic* (de ex., cel îmbrăcat în aur, fără a exista o motivaţie medicală - obicei răspândit în unele zone etnografice din ţară). Aici, *dintele economic* este şi un simbol de status social, deci un *dinte simbolic.* Dar fiecare parte din corpul nostru are, în afară de rolul său fiziologic, o valoare simbolică pentru personalitatea noastră; investim organul cu o însemnătate ce nu are legătură directă cu fiziologia sa.

Dintele simbolic mai are şi alte valenţe. Poate fi *dinte ludic* (de joc); poate fi auxiliar în muncă *(dinte ergologic);* el este, oricum, un *dinte senzitiv*, nu numai prin receptorii algici, ci şi prin combinaţia la senzorialitatea zonei orale şi la auz, sau la variatele plăceri ale zonei orale *(dinte hedonic).*

Un organ atât de multifuncţional se poate degrada, pierzându-şi din valenţe (un dinte devitalizat este doar o piesă mecanică). "Saltul calitativ" spre patologic preschimbă dintele într-un corp străin, uneori autoagresiv (infecţia de focar). Dintele mai este un *calendar biologic* - şi, în prima parte a vieţii, ne atestă "adevărata" vârstă (cea biologică) şi este un subsistem "numărat" şi construit bucată cu bucată (numărul lor este prescris exact în zestrea genetică). Faptul că dintele se uzează cu vârsta a constituit o sugestie pentru interpretarea îmbătrânirii ca fenomen de uzură, dar uzura este caracteristică fiecărei epoci culturale

şi fiecărui tip antropologic (Firu). În sfârşit, subliniem că dantura (şi "muşcătura") au un grad de singularitate, de specificare individuală, similară cu cel al dermatoglifelor (Firu).

Tip de personalitate şi răspuns la medicamente

După cum am mai menţionat, existenţa variabilităţii interindividuale (morfologică, fiziologică, psihologică) se exprimă nu numai prin variaţii *cantitative* în ceea ce priveşte răspunsul la medicamente (ca şi la substanţe toxice sau alimentare), ci şi prin variaţii *calitative*. Există o trecere pe nesimţite între idiosincrazie (determinată ereditar, prin lipsa unor enzime, sau imunologic -, printr-o alergie dobândită), prin variaţiile *de sens* ale efectului unei substanţe administrative şi reacţiile de tip placebo, despre care vorbim la momentul potrivit. Unele dintre aceste particularităţi reactive depinde de "temperamentul biochimic", enzimatic sau endocrin, altele de tipul de sistem nervos, altele se leagă strâns de aspectele psihice ale personalităţii umane. Astfel, administrarea agenţilor psihochemoterapeutici duce uneori la răspunsuri "paradoxale". De exemplu, fenotiazinele, care au însuşiri *farmacologice* calmante, pot să determine o creştere a agitaţiei şi a anxietăţii. Discutând acest fenomen, G. Sarwer-Foner (1957) a presupus că, în unele dintre cazurile respective, efectul farmacologic tipic al drogului tranchilizant suprimă sau interferă cu activităţile folosite de pacient ca *apărări majore* împotriva unor conflicte inconştiente. Bunăoară, persoanele care "caută" o *stimulare* externă în chip de comportament de luptă, au nevoie de un *control* extern pentru perturbaţiile endogene ce ar apărea sub formă de gânduri, afecte ori fantezii. Suprimarea interacţiunii active cu ambianţa (prin sedare, hipnotice sau inhibiţia motricităţii) poate duce, de aceea, la panică, la agitaţie sau la creşterea anxietăţii.

Deşi problema nu este încă clarificată (se pare că, în această privinţă, există şi diferenţe după sex), ea merită să fie reţinută - nu numai pentru cercetări ulterioare, ci şi pentru reala sa importanţă practică imediată.

Psihologia medicală a vârstelor şi a sexelor

Consideraţii generale

Sistemele vii sunt sisteme *evolutive*. Indivizii *(persoanele)* se nasc, cresc, se dezvoltă, se maturează, involuează, mor. "Totul curge" în această lume *(panta rei* a lui Heraclit) - iar pentru "curgerea în timp" a vieţii individuale, Max Brüger a propus termenul de *bioreutică* (în particular, pentru aspectele somatice – a vorbit de *biomorfoză)*. Bioreutica se ocupă cu modificările *de vârstă* ale organismelor. Un aspect particular al bioreuticii ar putea fi numit "psihoreutică": studiul modificărilor legate de vârstă ale vieţii psihologice – inclusiv ale vieţii spirituale. Pentru *biologia* vârstelor, C. I. Parhon a propus (1928) termenul *ilikibiologie*. Se poate vorbi însă şi de o *ilikipsihologie* şi de o *ilikisociologie* - sau, pe scurt, după noi, de o *ilikiologie*.

Fideli principiilor care ne călăuzesc în redactarea acestei lucrări, ne vom mărgini să dăm câteva repere şi perspective, să formulăm unele probleme şi să trecem în revistă câteva soluţii propuse. Ele vor ajuta cititorul la o abordare prevenită a realităţii concrete.

Etape, stadii, crize

Conceptul de *stadiu de dezvoltare* este larg răspândit în biologia şi în psihologia contemporană. Deşi acest concept este de folosinţă curentă în psihologia copilului încă de la începuturile sale (bunăoară,

de la J. J. Rousseau), cele dintâi tentative de determinare precisă a acestuia se întâlnesc relativ recent, în lucrările lui S. Freud şi ale urmaşilor săi, ale lui J. Piaget (întemeietorul "psihologiei genetice"), ale lui H. Wallon şi ale lui Gesell.

Pentru Freud şi pentru Piaget este caracteristică abordarea abstractă unidimensională; ea se traduce printr-un proiect de cercetare bine determinat, formulat într-un cadru teoretic doctrinal. În studiul copilului şi al stadiilor sale de dezvoltare, aceşti autori au dorit să găsească verificări de ipoteze (la J. Piaget: ipoteza evoluţiei *continue* de la forme biologice la forme logice) sau explicarea formării unor simptome întâlnite în psihopatologia adultă (la psihanalişti). Ambii autori urmăresc existenţa unei tendinţe originale, unică şi permanentă: tendinţă asimilatoare (respectiv libidinală), orientată prin ereditate către cercetarea echilibrului (respectiv a plăcerii). Manifestările succesive ale acestei tendinţe, în cursul psihogenezei, iau forme variate care definesc tocmai *stadiile*. Fiecare stadiu este o complexificare progresivă sau o diferenţiere a celui precedent, care-l condiţionează pe cel următor. Dezvoltarea decurge în virtutea unui fel de "putere autogenă autocreatoare a tendinţei originale", tendinţă care se desfăşoară în urmărirea obiectivului său: obiectul *cunoaşterii* la Piaget, obiect fizic material; obiectul *dorinţei* la Freud, obiect uman. Dar obiectul fizic este stabil, pasiv, deci întotdeauna asimilabil, odată cu trecerea timpului, cu preţul unor acomodări; de aceea, pentru Piaget, tendinţa asimilatoare ajunge progresiv şi în mod necesar la echilibru, iar dezvoltarea ne apare ca fiind calmă, regulată, omogenă, progresivă, orientată. În schimb, obiectul uman este activ, capricios, rebel, niciodată complet asimilabil, tendinţa libidinală este adesea frustrată, ameninţată de eşecuri, de opriri şi de regresiuni; de aceea, dezvoltarea ne apare (după Freud) ca fiind conflictuală şi dramatică.

La Wallon şi la Gesell, abordarea esre concretă şi multidimensională. Copilul este luat "aşa cum este", ca o fiinţă vie, cu întreg comportamentul său şi ansamblul condiţiilor în care se dezvoltă. Analiza dezvoltării nu foloseşte cadre conceptuale prealabile; elaborarea stadiilor se efectuează prin comparaţii multiple (ale copilului cu alţi copii şi cu el însuşi), metodă care duce la identificarea unor

momente caracterizate printr-o orientare specifică ce polarizează ansamblul comportamentului (ele au un *stil;* li se poate trasa un *profil*). Natura stadiilor, la Wallon, trebuie căutată în preponderenţe funcţionale. Factorii multipli de ordin fiziologic, social, fizic şi psihologic intervin pentru a face să apară *noutăţi* în conduită; prin ele copilul trece de la un *nivel* de maturitate la altul, de la un stadiu la altul *superior*. Trecerile comportă disocieri şi remanieri care se traduc prin oscilaţii, şi, câteodată, prin *crize*. Dezvoltarea nu este regulată, ci cu *discontinuităţi:* decurge prin salturi, prin faze alternante. De fapt, dezvoltarea este totodată continuă şi discontinuă: continuitatea exprimă unitatea fiinţei în dezvoltare, solidaritatea momentelor succesive şi continuarea unora în altele – în timp ce discontinuitatea (care fundamentează, de fapt, noţiunea de stadiu) traduce multiplicitatea calităţilor care apar succesiv. Momentele calitative succesive sunt legate intrinsec de noţiunea de dezvoltare, în timp ce noţiunea de criză exprimă intenstitatea, amploarea schimbărilor calitative (putând exista şi o dezvoltare continuă, *fără crize*).

O teorie a *crizelor* în dezvoltare a fost prezentată mai de mult de către J. Dublineau. El admitea, în fiecare individ, existenţa: a) unei energii profunde, nediferenţiate, generatoare de tonus; b) a unor mijloace de investiţie a acestei energii, axate pe funcţiile senzitivo-senzoriale şi motrice, exprimându-se în activităţile de adaptare şi de afirmare; c) a unor mijloace de coordonare (sistem nervos, sistem endocrin) strâns legate de cele de transport (arbore vascular). Tonusul, factorul dinamogenic esenţial asigură conservarea speciei, ca şi organizarea socială; el implică o anumită tensiune a organismului, care poate fi orientată în afară (heterotropic) sau spre propria persoană (autotropic).

Din punct de vedere evolutiv, adolescenţa şi "vârsta critică" (climacteriul) îi apar autorului ca având o valoare mai "largă" decât ca legată de apariţia sau dispariţia instanţei genitosexuale. Ele sunt *momente de criză*, care mobilizează energiile organismului pentru apărare sau pentru afirmare; puţin câte puţin, organismul se acomodează la un nou echilibru – şi această *integrare* deschide posibilitatea utilizării energiilor mobilizate în raport cu noi orientări. Întreaga

copilărie este, pentru autor, desfăşurarea unei crize natale (care începe în luna a 5-a intrauterină şi ţine până la naştere); vârsta adultă este privită ca desfăşurarea crizei pubertare, iar bătrâneţea – ca desfăşurare a unei crize climacteriale. Oricare fază de criză, în evoluţia sa normală, îmbogăţeşte personalitatea subiectului, iar atingerea stării de echilibru este marcată de elemente de "sociospiritualizare". Aceasta din urmă este, la rândul ei, "corectată" prin intervenţia unui moment biologic: creşterea la copil, sexualitatea la adolescent etc. Orice fază de criză mai implică un tropism heterosexual (către mamă la băiatul mic, către femeie la adult).

În fiecare criză se deosebeşte o precriză, o criză, o postcriză. Adolescenţa şi vârsta critică definesc *crize primare*, în timp ce crize *secundare* sunt cea matrimonială şi cea a "retragerii" (pensionării). Există şi *crize accidentale*.

J. Dublineau a analizat, în lumina teoriei sale, vârstele extreme: copilăria şi bătrâneţea. În copilărie, până la vârsta de 3 ani, crizele sunt puţin nete, scurte, greu de apreciat; la această vârsta are loc o *criză de personalitate*, legată de afirmare, criză esenţialmente afectivă. Lichidarea complexelor se operează pe la 5 ani şi este precedată de o stare de perplexitate, de anxietate. În "cea de a treia copilărie" găsim *criza ideomotorie* de la 7 ani, axată pe adaptarea la un nou mediu social: şcoala. Precriza adolescenţei (prepubertatea, "vârsta ingrată") este legată de obligaţia de a asimila noţiunea de *lege* (socială, cosmică, biologică), paralel cu apariţia forţelor de *opoziţie* faţă de mediu, în persoana care se afirmă. În afară de ideea *utilităţii* crizelor şi rolul *factorilor sociali* în determinismul şi în lichidarea lor, în concepţia autorului găsim ideea după care crizele evidenţiază *tipuri* structurale elementare diferite; aspectul crizelor este în funcţie de "temperamentul individual", de bogăţia forţelor de autonomie, de însemnătatea factorilor socioadaptivi şi autoadaptivi. "Terenul" puţin rezistent, mediul neînţelegător – pot transforma crizele în *dezastre* pentru evoluţia personalităţii. Fazele critice sunt totodată momente propice pentru influenţe educative.

După Sivadon, *etape critice* corespund în esenţă unei remanieri relaţionale, care pune în cauză raportul dintre securitate şi autonomie

(pe acesta se bazează echilibrul personalităţii). Etapa critică cea mai importantă ar fi dată de "luarea distanţei" a copilului în raport cu mama sa; aspectele sale majore sunt dificultăţi în relaţia mamă-copil, intervenţia celorlalţi membri ai familiei şi separaţia şcolară. Adolescenţa este tulburată de conflictul între dependenţa familială şi nevoia de autonomie. În viaţa tânărului, se cer depăşite etapele critice ale intrării în profesiune şi ale căsătoriei. Dar se pot lua în considerare şi alte etape virtual generatoare de conflict (paternitatea, promovarea socială, doliul etc.).

Concepte sintetice despre desfăşurarea vieţii umane.

Unii autori consideră că orice înaintare în vârstă este o *îmbătrânire*. În "îmbătrânire" există un aspect natural (biologic, fiziologic sau chiar psihofiziologic) şi un aspect social (sau psihosocial). Fără a intra în amănuntele referitoare la aspectele şi mecanismele îmbătrânirii considerată ca un declin, menţionăm că, în unele domenii, un astfel de *declin* începe la naştere (de ex. acuitatea senzorială, viteza de cicatrizare) şi este mai rapid în primii ani. Îmbătrânirea "socială" însă este un termen care nu se aplică decât ultimelor faze ale acestui proces.

O *imagine sintetică* a decursului vieţii umane ne este propusă atât de către simţul comun, cât şi de oamenii de ştiinţă de diferite specialităţi. *Imaginea populară* este împărtăşită şi de către unii biologi şi filosofi: curbă crescătoare urmată de o curbă descrescătoare.

Erikson (1950) a încercat să integreze date psihologice şi psihanalitice cu date de sociologie şi etnologie. Fiecare societate îşi formează copiii conducându-i spre o stare de maturitate ideală care este "integritatea eului" (sau a *ego*-ului). Educaţia caută să asigure corespondenţa între *calendarul sociocultural* propriu societăţii respective (incluzând un număr de etape) şi *orarul natural* de dezvoltare a organismelor psihobiologice, deci armonia între dezvoltarea psihoorganică şi dezvoltarea psihosocială. Erikson – în opoziţie cu tablourile obişnuite în care declinul apare mai mult sau mai puţin

precoce – desemnează un tablou al dezvoltării eului prin creşterea continuă. Fiecare dintre cele opt stadii analizate are caracteristicile sale, o semnificaţie psihanalitică şi manifestări specifice în caz de nereuşită.

Primul stadiu este cel *oral;* percepţiile şi activităţile sunt centrate pe gură (a mânca, a muşca, a striga). Prima reuşită socială a individului este acceptarea îndepărtării temporare a mamei pentru că a dobândit *încredere*, împreună cu sentimentul (rudimentar) al identităţii eului său. În caz de nereuşită, apar neîncrederea şi anxietatea. Cronologic, acest stadiu corespunde vârstei de 0-1 ani.

Urmează stadiul *"anal";* individul îşi stăpâneşte sfincterele, muşchii, mişcările; este un stadiu de *autonomie* (care, dacă nu este dobândită, face loc ruşinii şi îndoielii). Corespunde vârstei de 2-3 ani.*

Urmează stadiul *genitalităţii infantile* (şi al *motricităţii*) (4-7 ani). Se dobândeşte *iniţiativa* (alegerea scopurilor şi perseverenţă); iniţiativa dă satisfacţie (în caz contrar apare sentimentul culpabilităţii).

Al patrulea stadiu este (în psihanaliză) cel de latenţă a sexualităţii infantile (8-11 ani), caracterizat prin *industrie* (dexteritate, îndemânare): o adaptare la lumea instrumentelor, care permite să se depăşească sentimentul de inferioritate.

Al cincilea stadiu corespunde pubertăţii şi adolescenţei (12-19 ani), perioadă în care individul ia cunoştinţă de *identitatea sa personală* (în caz contrar se manifestă: un caracter difuz al rolurilor sociale, o îndoială asupra identităţii sexuale, o identificare cu "eroii" sau cu clanul).

Al şaselea stadiu este stadiul *tinereţii adulte* (20-34 ani); individul intră în raporturi intime cu altul (prietenie, luptă, schimb intelectual cu un maestru, unire sexuală). Capacitatea de *intimitate* este caracteristică acestui stadiu (dacă nu este atins, întâlnim sentimentul singurătăţii).

Stadiul următor este vârsta adultă (34-44 ani); vârsta productivităţii, a creativităţii, a *generativităţii* (individul devine tată, cu răspunderi pentru altul) (în caz contrar manifestări de stagnare).

* Datările nu aparţin lui Erikson, ci lui Linden şi Courtney (1953) şi lui Rose (1955).

Ultimul stadiu este vârsta *maturităţii* – caracterizată prin integrarea eului (dacă acest stadiu nu este atins, apare desperarea).

Aşadar, în concepţia lui Erikson, individul se dezvoltă (în mod ideal) continuu şi constant, accedând la paternitate; el progresează readaptându-se la un nivel care îi oferă neîncetat noi probleme. În ultimul stadiu, subiectul este în "acord total" cu ordinea lucrurilor şi cu semnificaţia propriei sale existenţe în societatea în care a trăit; el îşi acceptă viaţa personală. În caz contrar, refuzul de a accepta ca viaţa să fie *tocmai aceea* pe care a dus-o, se împleteşte cu teama de moarte, cu sentimentul imposibilităţii de a-şi reîncepe viaţa. În cazul ideal ("normal"), fiecare etapă se foloseşte de ceea ce s-a dobândit în etapa precedentă, prin incluzii succesive (ceea ce justifică ideea de *progres);* suntem în faţa unei piramide fără pierderi; persoana se îmbogăţeşte treptat (Stoetzel). Erikson ne mai arată că diferitele perioade se *lungesc* treptat cu cât înaintăm în vârstă; el nu ne spune însă ceea ce se petrece dincolo de stadiul al optulea.

De asemenea, Erikson trece cu vederea *bilanţul* tinereţii şi *confruntarea realităţii cu idealul* care, în jur de 30-35 de ani, determină apariţia unor crize sufleteşti şi schimbări somatice. H. de Balzac a făcut aluzie la acest aspect în *La femme à trente ans*. Însemnătatea acestui moment pentru medicina clinică a fost subliniată de I. Haţieganu, care a vorbit despre "sindromul lui Balzac". Ideea după care viaţa adultă, la rândul ei, poate fi examinată din punctul de vedere al etapelor şi al crizelor, constituie o teză de bază a *adultologiei* preconizată de curând.

Dacă teoria lui Erikson este o teorie *subiectivistă* a dezvoltării Eului, teoria Charlottei Bühler este esenţialmente obiectivistă, bazată pe studiul activităţilor şi al operelor care sunt rezultatul iniţiativei. Bühler admite că fiecare individ trece prin faze de creştere (până la 25 ani), de maturitate (25-45 ani – creştere *stabilă,* cu compensarea schimbărilor) şi de declin ("creştere regresivă"), în care puterea de renegerare a ţesuturilor se epuizează). Alături de acest punct de vedere biologic, Bühler admite o schemă similară pentru aspectul genetic (al capacităţilor de procreare), dar cu alte limite de timp (15 şi 55 de ani) pentru faze (achiziţie, stare, pierdere). Juxtapunerea acestor

scheme permite decuparea în *cinci faze* a decursului vieţii umane. Interesant este faptul că aceste cinci faze se regăsesc – cu oarecare aproximaţie - şi pe plan psihosocial. Acumularea evenimentelor exterioare se repartizează în faze succesive de creştere rapidă, de creştere mai puţin rapidă, de palier, de declin. Declinul se produce însă mai tardiv (la 63-68 ani) în schema psihosocială, iar această prelungire a fazelor se datorează probabil unei compensări intelectuale a facultăţilor biologice în declin. Totodată, pe măsura înaintării în vârstă, descresc dorinţele şi creşte sentimentul datoriei. Caracteristică este, aşadar, o "lege a transferului dominantei": activitatea privilegiată până la un moment se şterge în spatele uneia mai puţin narcisiste sau mai puţin egoiste. Charlotte Bühler vorbeşte despre o "lege a specificării intereselor", de la o fază la alta. Cele cinci faze sunt următoarele:

1) a vieţii de familie şi a activităţii şcolare;

2) (începând la 16-20 ani) a intrării într-o activitate aleasă personal şi în relaţii personale şi sociale, independente de cercul familial; apar activităţi noi (numai în 1/5 din cazuri definitive) şi dimensiuni noi ale existenţei;

3) (începând la 26-30 ani – cu alegerea definitivă a profesiunii (în peste 2/3 cazuri), stabilirea legăturilor personale durabile, crearea unui cămin. Este faza culminantă, extrem de fecundă. În aceeaşi ordine de idei, menţionăm că Lehman (1953) a arătat, pe baze statistice, că producţia operelor culturale are o primă culme în prima parte a vârstei adulte;

4) (începând de pe la 48 ani) cu "achiziţii negative": pierderi economice şi corporale (ablaţii chirurgicale etc.) irecuperabile, pierderi de părinţi şi de prieteni; câteodată schimbări de profesie şi de domiciliu (exprimând nemulţumire, atitudine de negaţie). Individul devine mai introspectiv, mai filantrop, deseori se simte singur;

5) (începând de la 63-68 de ani) cu scăderea dimensiunilor sociale, cu preferinţe pentru divertismente, pentru viaţa rurală şi pentru cultul morţilor.

După Charlotte Bühler, există 4 tipuri de oameni, după faza în care au loc performanţele creatoare: 1) *precoce* (poeţi, matematicieni,

fizicieni, atleţi – au mai curând vitalitate decât experienţă); 2) de maturitate (inventatori, exploratori, oameni de afaceri – au nevoie de un maximum de posibilităţi sociale); 3) cu reuşită tardivă (savanţi, filosofi, oameni politici – au nevoie de experienţă); 4) cu productivitate repartizată în toate fazele (se explică prin schimbarea de activităţi şi de inspiraţie, odată cu trecerea de la o fază la alta: Verdi, Liszt, Descartes, Schopenhauer).

De remarcat că şi Charlotte Bühler neglijează - ca şi psihanaliştii – ultima parte a existenţei şi tocmai această parte este în centrul atenţiei lui Linden şi Courtney (1953). Fiind psihiatri, autorii acordă multă importanţă funcţiilor socioculturale şi recunosc rolul celor vârstnici şi bătrâni în procesul de transmitere şi de conservare a culturii. Autorii definesc maturitatea drept o *organizare eficientă* a experienţei în raport cu conflictele forţelor emanând din psihic şi din mediul exterior. În timp ce tânărul caută mai ales satisfacţii egoiste a pulsiunilor, cel matur sau vârstnic caută să domine pulsiunile graţie culturii mediului său. Dar aceste două orientări corespund la două perioade denumite *evolescenţă şi senescenţă* (termenului de "senescenţă", corespunzător – în modelul autorilor – vârstei de 40-70 de ani – i se dă, în context, un înţeles neobişnuit, ca şi termenului "involuţie", de altfel). În prima, dezvoltarea are loc prin mijlocirea creşterii fizice (până la 30 ani). În cea de a doua, dezvoltarea se *continuă* prin alte mijloace. În prima, orientarea în ce priveşte rezolvarea conflictelor este negativă; în cea de a doua – este pozitivă. Ideei schimbării continue în dezvoltare i se suprapune ideea rupturilor (întreruperile) biologice: la pubertate, la "involuţie" (reîntoarcerea de vârstă) ca şi la senilitate (reîntoarcerea eruptivă a instinctelor). La pubertate, instinctele sunt deşteptate, dar controlate prin norme psihosociale, în timp ce la senilitate controlul nu mai este posibil. Evolescenţa cuprinde 6 faze (stadii), iar senescenţa - 10-11. Stadiile evolescenţei sunt: de dominaţie, apoi de educare a instinctelor; de ucenicie socială; de reînviere a instinctelor; de constituire a cuplului (şi de dragoste); de mariaj. Stadiile senescenţei sunt: al familiei; al vieţii sociale; de activitate parentală; de activităţi politicosociale (la 50 de ani); "moralistă" (la 60 de ani); de reîntoarcere la vechile valori şi

de reflectare asupra istoriei omenirii (la 70 de ani). La o vârstă variabilă de la individ la individ, încep: faza în care valorile fizice reîncep să domine (cu reapariția "dezvățării sociale", corespunzând fazei de latență din copilărie); faza dezeducării instinctelor și reîntoarcere la domnia totală a instinctelor asupra individului.

*

Pentru noi sunt foarte interesante constatările după care este posibilă nu numai o apreciere biologică, psihologică, sociologică etc., a grupelor de vârstă, ci și una patologică - incluzând și *atitudinea indivizilor față de sănătate, față de viața fizică și față de boală.* O anchetă (1963) a dat ca rezultate la întrebarea: "care este elementul esențial al fericirii?", răspunsul: "sănătatea" – în proporții care au crescut regulat de la 52% pentru grupa de la 20-34 de ani, la 70% pentru grupa de peste 65 ani. Este adevărat că, odată cu înaintarea în vârstă, scade și conștiința bunei funcționări a corpului. Amintim că, după Canguilhem, a te simți sănătos înseamnă "a te simți mai mult decât normal, gata la a face excese de orice natură". Cu înaintarea în vârstă, crește și morbiditatea: referindu-ne la lotul investigat, între 20-29 ani, numărul mediu de bolnavi pe individ era de 0,71, iar procentul celor ce se considerau sănătoși era de 60%; între 70-79 ani, cifrele corespunzătoare sunt de 3,20% și 3%. Crește și anxietatea relativă la boală (exprimată, de exemplu, prin prezența gândului că suferi de o afecțiune gravă). Medicina și medicul joacă un rol din ce în ce mai important, pe măsură ce înaintăm în vârstă; de la 21 la 65 de ani, numărul vizitelor medicale pe an se dublează (Birren ș.a.). În timp ce tinerii pretind - din partea medicului – intervenții energice, vârstnicii doresc să li se prescrie mai cu seamă o medicație prudentă sau reguli de viață. Tinerii forțează dozele și abandonează ușor tratamentul – prin opoziție cu bătrânii, care sunt scrupuloși. Tipul "ideal" de medic (tipul preferat) devine, din ce în ce mai des, un tip mai vârstnic. Tinerii pretind de la medic mai ales cunoștințe specifice – în timp ce bătrânii apreciază mai mult dezinteresul și disponibilitatea, căci sunt mai anxioși. Vârstnicii sunt mai dependenți, au nevoie de asigurări și

vorbesc mai ușor de problemele lor personale; dar ei respectă mai puțin riguros regulile de igienă. Vârstnicii preferă repausul pasiv și – dintre sporturi – pescuitul și popicele: sunt mai apți să aprecieze ieșirile în aer liber și în natură. Se schimbă, de asemenea, *obiceiurile alimentare:* tinerii preferă mâncărurile excitante, vârstnicii – pe cele substanțiale.

Prima copilărie

Viața începe – după Morton – printr-o "frustrație enormă", aceea a nașterii (se știe că O. Rank a insistat asupra *traumatismului nașterii,* speculând asupra "nostalgiei după apele amniotice", asupra simbolismului legat de situația protejată din uterul matern și asupra retrăirii anxietății din acel moment crucial). Expulzat din uter, *nou-născutul* este obligat să se adapteze la un mediu esențialmente nou. Această adaptare nu se soldează întotdeauna în mod favorabil; este mai dificil la prematuri.

La sugar, "perceptul" vizual al corpului, cel auditiv al vocii și fluxul impulselor senzoriale de la viscere și mușchi – sunt trăite mai întâi ca aspecte ale unei totalități în care ele nu sunt deosebite de afect și de pulsiune ("egocentrism", în sensul lui Piaget). Corpul, sub toate aspectele, este sesizat tot atât de nefamiliar, de străin, de neorganizat – ca și celelalte obiecte; timp de multe luni, o bună parte din el nu este recunoscut ca fiind "propriu" (o mână poate fi dusă la cealaltă, la gură, ca și un oricare alt obiect). Chiar și în al doilea an al vieții, unele zone cutanate dau la atingere o impresie de ceva străin (este vorba de o experiență incomplet asimilată de către eu). Percepțiile specifice sunt diferențiate înainte de a fi articulate într-un tot (această articulare ține de coexistența și de interacțiunea lor). Se pare că, la imaginile despre sine pe care și le formează sugarul, imaginea mamei servește ca un punct de ancorare, dacă nu ca un model, ca un prototip. Recunoașterea limitelor corporale este întârziată la imbecili, din cauza experienței de viață mult mai simplă. "Cunoștința de sine" se dovedește accelerată prin achiziționarea precoce a unui vocabular referitor

la corp. "Localizarea eului", copilul mic şi-o face în abdomen şi în partea inferioară a toracelui (membrele sau ochii sunt *ale lui,* dar nu sunt încă *el),* mai rar în cap sau în regiunea gurii. Aria în care este localizat eul depinde de gesturile prin care adultul accentuează faptul că e vorba de sine ca şi de importanţa vitală a regiunii, din punctul de vedere al copilului.

Gratificaţiile viscerale joacă un rol principal şi - deşi se amestecă în imagini şi o doză de durere şi frustraţie, acest fapt determină ambivalenţă mai curând decât neutralizarea efectelor opuse. Autoiubirea (narcisismul) devine o normă, indiferent de tipul de cultură căruia-i aparţine copilul. Destul de precoce, unele părţi din corp devin suportul unor "afecte" de dragoste sau de ură excesivă (Schilder, Horowitz (1935); unele dintre ele pot "fixa" afectul atât de puternic încât pot influenţa viaţa fiziologică, psihologică şi patologică ulterioară (Freud, Abraham). Importanţa zonei orale poate fi cercetată şi experimental: la căţeluşii care, alimentaţi printr-un biberon special, nu au fost obligaţi la un exerciţiu suficient al gurii şi al fălcilor, se observă o tendinţă de a suge şi de a muşca, persistentă pe întreaga perioadă de creştere (D. Levy, 1934). Suptul degetelor la copii este în raport invers cu timpul de hrănire în 24 ore (Roberts, 1944). "Nevoia de activitate bucală" trebuie să fie satisfăcută. Se poate afirma (exagerând întrucâtva) că primul autoportret este centrat pe gură, ca obiect asimilator; schematizarea primitivă a proceselor este în termeni de a "introduce" (a încorpora), a "reţine", a "elimina" (Erikson). La frustraţia de activitatea gratificatorie orală, se dezvoltă (după Abraham) tendinţa de a suge degetul, ulterior înclinaţia către fumat, către mestecatul gumii, către cântat dintr-un instrument de suflat sau din gură, poate către pălăvrăgit sau oratorie. *Tipul oral* este totodată un tip *dependent,* căci relaţia alimentară iniţială este o relaţie de dependenţă.

După Stern, descoperirea lumii se face în trei spaţii succesive: cel bucal, cel apropiat, cel locomotor.

Dobândirea unităţii eului se face treptat, sub presiunea coerciţiei familiale şi sociale, prin care (prin privilegii şi prin responsabilităţi) se pretinde să acţionăm ca o unitatea şi - de asemenea - sub influenţa

limbajului şi a *activităţii.* Întregul proces este călăuzit prin mecanisme *autistice,* care "reţin" în conştiinţă mai ales ceea ce este convenabil. Procesul de *integrare* este un proces gradat de "orchestraţie". Un rol important îl joacă *identificarea,* de exemplu cu părinţii - şi acest fapt denotă natura socială a omului. Identificarea nu este un proces pasiv, ea include şi tendinţa de a juca *rolul* social al celuilalt.

Nedeterminării frontierelor eului, din copilărie (dar prelungită şi în celelalte perioade ale vieţii) îi urmează procesul de *proiecţie (projecţie)* în virtutea căreia experienţe mentale proprii, caracteristici sufleteşti, tendinţe etc. sunt atribuite altora. Prin *introecţie (introjecţie),* copilul (şi adultul) ajung să se simtă afectaţi (pozitiv sau negativ) de ceea ce afectează alte persoane şi obiecte. Copilul, imitându-şi părinţii, îşi atribuie caracteristici ale adulţilor, ceea ce-l "împinge" spre maturizare; el ajunge să "vadă prin ochii părinţilor" etc. (şi chiar să se vadă prin ochii altora). O mare importanţă o are, de aceea, modul în care copilul este apropiat de către adulţi şi părinţi, mod care nu are voie să fie caricatural. Autodeprecierea duce la o viziune antipatică despre ceilalţi, care poate dezvolta amărăciune şi cinism. O autopictură demnă de dragoste condiţionează dezvoltarea dragostei pentru ceilalţi. Dar nici o autopictură iniţială foarte favorabilă nu este recomandabilă, căci o dezamăgire în urma comparaţiei cu alţi copii poate fi şocantă. Acest şoc face imposibil un grad de "autism" necesar *autostimulării.*

Teorii mai vechi puneau accentul pa capacitatea de a înţelege pe altul prin *analogie cu sine* (W.K. Clifford ş.a.); mai recent, M.F. Washburn (1932) a vorbit despre "conştiinţa ejectivă" ca bază a psihologiei sociale. De fapt se petrece un transfer continuu, înainte şi înapoi, de la percepţia de sine la percepţia altora (conceptul de "participare", elaborat de J. Piaget). *Simpatia* depinde de analogii între eu şi ceilalţi; individul uman are mai multă simpatie pentru persoane decât pentru maimuţe, pentru maimuţe mai mult decât pentru păianjeni (G. Murphy). Simpatia joacă rol în "expansiunea eului" (W. James) - încorporare a altor persoane în sfera de preocupări. Nu există limite nete între simpatie şi *empatie* (prin care *ne aşezăm în locul* altora).

Copilăria propriu-zisă

Dezvoltarea eului în anii care urmează este caracterizată (în cultura europeană şi cea americană, cel puţin) prin deplasarea atenţiei de la percepţia corporală spre dobândirea prestigiului şi a puterii. Copilul doreşte să fie aplaudat. El urmăreşte posesiunea sau proprietatea asupra obiectelor - prin contrast cu căutarea satisfacţiei imediate, din primul sau din primii ani. Vocabularul referitor la eu devine din ce în ce mai puţin senzorial - şi din ce în ce mai mult, un limbaj despre trăsături. *Corpul* este înlocuit - în percepţia copilului - prin *status* şi prin note *caracteristice*.

Dacă identificarea este o cale de extindere şi de unificare a eului, nu trebuie să uităm că acest mecanism nu se poate desfăşura fără tensiune şi luptă, căci copilul trebuie să aleagă între obiecte heterogene. Există o nevoie de *consistenţă* (Lecky) care nu se satisface tocmai uşor. Copilul trebuie să dobândească unitate ca răspuns la situaţia sa familială şi în *ciuda* situaţiei sale familiale. Descoperind că tatăl "poate fi" un obstacol în calea dragostei sale pentru mamă, oscilând între dragoste şi ură pentru acest obstacol - cu sentimentul consecutiv de teamă de pedeapsă - se dezvoltă la băiat, după Freud, un "complex Oedip" de esenţă libidinală. (La fetiţe s-ar dezvolta, corespunzător "complexul Electrei"). După Murphy totuşi situaţia poate fi privită, mai simplu, din punctul de vedere al luptei pentru a dobândi o autopictură adecvată. Agresiunea ce apare faţă de părintele care impune restricţii sau frustraţiuni poate rezulta din lezarea eului; dar tatăl este, de obicei, agentul disciplinar mai puternic şi mai operativ.

Clinicienii din primele decenii ale secolului nostru deosebeau, în copilărie, 7 perioade: 1. de nou-născut (cu cunoscuta "criză genitală"); 2. a primului an de viaţă (spre sfârşitul căruia apare o "criză" ce coincide cu apariţia dinţilor); 3. de *turgor primus;* 4. de *proceritas prima* (mica pubertate, sau de "primă alungire prevalentă"); 5. de *turgor secundus* (9-11 ani), cu creştere predominant ponderală; 6. de prepubertate *(proceritas secunda)*, urmând; 7. pubertate propriu-zisă *(turgo tertius)*. Fiecare perioadă se diferenţează de cea precedentă prin orientarea vegetativă generală ("antagonismul ponderal-morfologic" al lui Viola, "antiteza celor două constelaţii hormonale antagoniste" a lui Pende). Este greu să se suprapună peste aceste perioade *stadii* de dezvoltare psihică. N. Mărgineanu insistă asupra "copilăriei" care poate fi definită prin criteriul biologic *completat* cu cel psihologic şi cu cel social (acesta din urmă, legat de şcolaritate).

Caracterele psihologice fundamentale ale gândirii copilului ar fi (după Piaget): realismul (incluzând confuzia dintre fizic şi psihic, dintre lumea interioară şi cea exterioară), animismul (însufleţirea tuturor lucrurilor) şi artificialul (orice lucru e "făcut" de cineva; inclusiv copii s-ar putea "face" din carne de măcelărie). Această gândire concretă şi animistă este prea puţin distinctă de fantezie. Alt caracter psihologic important este *jocul*. Aceste trăsături se reflectă, bineînţeles, în atitudinea faţă de medic şi faţă de boală.

Tot atât de însemnată este noţiunea psihosocială a *vieţii de familie*. N. Mărgineanu insistă asupra a) interacţiunii dintre fraţi şi ordinea naşterii; b) interacţiunii dintre părinţi şi copii. Faptul de a te fi născut primul sau ultimul, precum şi acela de a fi singur la părinţi sau unul dintre mulţi -- are repercusiuni importante asupra dezvoltării personalităţii (Adler, Thurstone şi Jenkins, Jones etc.). Copilul *răsfăţat şi cocoloşit* nu este numai o problemă de pedagogie, ci şi una de medicină somatică şi de psihiatrie. Copilul *nedorit* înseamnă frecvent frustraţie, sentiment de culpabilitate sau spirit rebel. Slăbiciunea sau disciplina tiranică, perturbarea relaţiilor normale dintre soţi, cu "fixarea" de părintele de sex opus - sunt elemente importante în etiologia nevrozelor. De asemenea, trebuie să ţinem seama de setea de afecţiune a copilului, nesatisfăcută în cazul părinţilor vitregi - şi de modul în care acesta ia cunoştinţă de misterele sexualităţii. O igienă mentală satisfăcătoare a copilăriei include participarea copiilor la "lupta" vieţii, cu riscurile, neplăcerile şi victoriile ei.

S-au făcut cercetări *ad hoc* asupra concepţiilor infantile privind organele, funcţiunile, procesele fiziologice (E. Gellert, 1962), sexualitatea ş.a. Aceste date (ca şi cele referitoare bunăoară la dezvoltarea conceptului de sexualitate) au o importanţă reală pentru practica convorbirii medicale în pediatrie.

Ajustarea copilului la boală depinde în mare măsură de atitudinea părinţilor. Atitudinea de supraprotecţie, ca şi cea pesimistă, este egal de dăunătoare. De obicei, boala se însoţeşte de o emotivitate crescută. Spitalizarea poate complica situaţia prin privaţiune afectivă, ducând la manifestări de ostilitate. O boală îndelungată afectează *status*-ul social în grupul de copii, stânjeneşte dezvoltarea comportamentului social, crează handicapuri în participarea la joc şi în performanţele şcolare, generează sentimente de frustraţie. Copilul poate rămâne cu obiceiuri nepotrivite (de ex. devine mofturos) sau chiar cu tulburări de personalitate, care pot întreţine sechele. Orice defect fizic include un "risc mental" (Podolsky, 1953); complexe de inferioritate, uneori "supracompensate" într-o neostenită dorinţă de afirmare (A. Adler). Defectele fizice împiedică accesul la unele experienţe de viaţă (Lamkau). Rămâne sentimentul că "nu eşti ca ceilalţi", deşi mulţi copii îşi pot camufla anomaliile şi ajung să-şi ignoreze particularităţile cândva traumatizante.

Pubertatea şi adolescenţa

Pubertatea este o fază foarte importantă a vieţii individului, pentru că acum se pun bazele constituţiei sale definitive. Ea este *una* dintre fazele trecerii de la starea de copil la starea adultă, şi nu "faza" de trecere; dar caracteristica ei este *rapiditatea* transformărilor, pe primul plan stând maturarea sexuală (L. Mavromati, 1949). Sensibilitatea la factorii exogeni este relativ însemnată (premiză a educabilităţii?), dar variabilă de la un copil la altul. Transformările se realizează în puseuri - şi într-o oarecare măsură independent (de unde starea de echilibru instabil). Ele sunt dirijate, în cele mai fine amănunte, de către hormoni, sub controlul nervos, diencefalic şi cortical. Din punct de vedere endocrin (dar şi psihologic), pubertatea este un proces eminamente "dialectic" (hormonii acţionează în corelaţie; sinergismele se pot transforma în antagonisme; din schimbări progresive ale constelaţiei hormonale rezultă - prin salturi - alte stări sau caracteristici). Dacă hormonii reprezintă factorul dinamic, soma

("terenul tisular") reprezintă un factor reactiv a cărui însemnătate nu trebuie neglijată şi care este – în mare măsură - rădăcina unor particularităţi ereditare. După unii autori, în copilărie domină orientarea vagotonică, legată de anabolism şi de statica personalităţii. În pubertate se face trecerea spre o orientare simpatictonică legată de consum (catabolism), de viaţa de relaţie, de dinamică, de adaptare rapidă. Totodată se trece de la dominaţia funcţională a diencefalului spre o dominaţie corticală.

La pubertate revine *pe primul plan*, sesizarea şi conştiinţa propriului corp. Se poate vorbi de o "experienţă viscerală intensă" pentru care însă (în mare parte din pricina *tabuurilor* sexuale) nu există un vocabular adecvat. Modificările sunt puternice şi rapide, ameninţând echilibrul somatic şi psihic ale individului. Modificările sunt fireşti, centrate de cele din sfera genitală şi a caracterelor sexuale secundare. De aici noi probleme pe care şi le pune adolescentul - privind statutul său social şi, în primul rând, relaţiile cu sexul opus.

După cercetările lui Horowitz, se întâlneşte frecvent "ancorajul" eului de o anumită parte a corpului, sau de câteva părţi (*self*-localizate). Din 45 subiecţi de sex masculin, 32 au dat răspunsuri pozitive; cele mai frecvente localizări au fost capul, creierul, ochii, inima, faţa, mâinile. Organele genitale sau regiunea abdominogenitală au fost indicate abia în 4 cazuri. Corpul (ca formă) şi corpul (ca întreg) au fost indicate în câte un singur caz! Dar *self*-localizarea este numai o *fază* a evoluţiei eului; din nou se observă - ca şi în copilărie - o modificare către viziunea după care autoportretul este din ce în ce mai abstract, ca fiind "obiectul" care urmăreşte anumite valori. În esenţă, adolescentul îşi caută un nou *"eu"* şi anumite "defecte" de comportament pot fi înţelese prin dorinţa de a se impune, de a părea că reprezintă "ceva". Procesul este mai simplu atunci când adolescentul are la îndemână un obiect clar şi valoros de *identificare*.

"Acceptabilitatea socială" depinde şi de aparenţa fizică - iar acest factor este mult mai însemnat pentru fată decât pentru băiat. Înfrumuseţarea eului este realizată, în mare măsură, cu ajutorul îmbrăcăminţii. Menţionăm că, în ultimele decenii, idealul de sportivitate a deplasat accentul către sănătate, vigoare şi veselie.

Adolescenţa este o perioadă frumoasă, dar "ingrată" prin conflictele ce pot apărea ca urmare a transformărilor personalităţii. Reactivitatea şi desfăşurarea instinctului sexual merg mână în mână cu întărirea intereselor sociale şi profesionale, cu îmbogăţirea vieţii afective, cu apariţia dorinţei de libertate şi de independenţă. Nu numai inteligenţa se diversifică; se precizează aptitudinile particulare. O funcţie psihosocială însemnată a adolescenţei este aceea de a "descoperi" mai intim fiinţa umană, de a stabili legături noi şi pe baze noi cu semenii noştri. *Pentru că un rezultat al adolescenţei este accentuarea diversificării umane, este nevoie* - mai mult decât în copilărie - *de înţelegere* pentru situaţia sufletească şi fizică *particulară* fiecăruia, *evitarea unor măsuri rigide şi şablonizate*. Adolescenţa este o perioadă "romantică", dar şi dramatică a vieţii, şi în acest ultim sens se poate spune că este şi o perioadă dizarmonică, contradictorie, critică. Realizarea armoniei fizice, pe care o întrupează sfârşitul adolescenţei (armonie omagiată de poeţii şi artiştii plastici ai tuturor timpurilor) nu se face lin, ci trecând prin dezechilibre mai mici sau mai mari, care afectează sistemul nervos, sistemul endocrin şi - uneori - şi alte organe interne.

Ca regulă generală (cu foarte puţine excepţii), putem afirma următoarele: capacitatea de procreaţie apare înainte de maturizarea psihologică; capacitatea de a stabili relaţii erotice afective (capacitatea de "îndrăgostire") apare înainte de apariţia capacităţii de procreaţie (în condiţii bune). Asigurarea "zilei de mâine", prin încadrarea productivă în munca socială se obţine, în ţările civilizate, cu câţiva ani mai târziu decât maturizarea sexuală (acest moment coincide aproximativ cu momentul încetării creşterii). Pentru că viaţa sexuală umană este o relaţie complexă între două persoane şi implică responsabilităţi, este o greşeală să fie începută prea de timpuriu (de exemplu, odată cu apariţia pulsiunii şi a spermatogenezei). Cât despre momentul cel mai potrivit pentru întemeierea unei familii, este mult mai tardiv decât începutul aptitudinii de procreare.

Pubertatea şi adolescenţa sunt o perioadă în care împletirea factorilor somatici, psihici, sociali - în etiopatogenia multor tulburări, este foarte strânsă. Pe de altă parte, pubertatea şi adolescenţa trebuie

considerate ca vârste de *trecere* atât din punct de vedere biologic, *cât şi* sociologic, astfel încât pubertatea *psihică* devine tot mai complicată odată cu dezvoltarea civilizaţiei (H. D. Rösler, 1967). Multe stări nevrotice sunt generate de solicitările şi conflictele şcolare *(didactico-psihogenii)*; se poate vorbi - în accepţia mai largă - de *didacticogenie*, incluzând boli psihogene şi tulburări psihosomatice (V. Joncev).

Nevrozele acestei vârste se caracterizează, între altele, printr-o exprimare accentuată a componentei vegetative. V. P. Belov (1967) enumeră: reacţii isterice (cu gânduri de sinucidere exteriorizate demonstrativ), lamentări ipohondrice, sindroame anxioase şi fobice, hiperkinezii şi somnambulism, obiceiuri patologice, idei dismorfobice (şi dismorfomanie!) cu anorexie mentală. Teama de a fi urât sau dizarmonic chinuie pe mulţi adolescenţi. Rareori - ca protest, răzbunare etc. - formele dizgraţioase sunt *căutate* (de ex. prin îngrăşare excesivă). Ideea imperfecţiunii sau a dizarmoniei fizice poate genera reacţii psihologice, riposte sau compensări: fuga de societate, orientarea spre preocupări în care pot fi valorificate calităţi spirituale sau de forţă fizică, o atenţie excesivă dată îmbrăcăminţii şi "măştilor" (omul "natural" se "artificializează") etc. *Tulburările neurastenice* se manifestă fie prin excitabilitate crescută şi prin nelinişte, fie printr-o sensibilitatea exagerată cu sentimente de inferioritate. În multe cazuri, starea nervrotică a tânărului este o *etapă* a dezvoltării nevrotice a personalităţii. Pubertatea (şi adolescenţa) sunt şi epocile în care încep manifestările unor *caracteropatii* sau a unor *psihoze endogene*. Rămâne actuală şi problema *sinuciderilor adolescenţilor;* marea majoritate a celor care au încercat să se sinucidă sunt însă sănătoşi din punct de vedere psihic, iar riscul de-ai pierde prin recidivă este neînsemnat.

O problemă aproape caracteristică a pubertăţii şi a adolescenţei este masturbaţia (ipsaţiunea, onanismul). De la Tissot (sec. al XVIII-lea), acestui obicei (uneori vicios) i se atribuie - pe nedrept - un rol însemnat nu numai în etiologia stărilor de epuizare nervoasă, ci şi în etiologia unor boli degenerative ale sistemului nervos şi în psihoze. Există rare masturbaţii simptomatice în schizofrenie – dar, frecvent, ipsaţiunea se dezvoltă pe un fond schizotim sau schizoid, ceea ce este

însă cu totul altceva decât "transformarea"unui schizoid în schizofren prin ipsaţiune.

Rezumând caracteristicile psihologice (de interes în medicina generală) ale adolescenţei, Păunescu-Podeanu subliniază că ele "pot da mult de lucru medicului, familiei, instructorilor". Este, între altele, vârsta *alunecărilor posibile* spre indisciplină, erori de comportare (cu răsunet asupra echilibrului sănătăţii), vicii, excese şi imprudenţe (nu numai sexuale) – inclusiv excese sportive sau de efort intelectual. Se menţionează şi eventualitatea unor "medicamente clandestine" sau a unei "patologii clandestine" (veneriene).

Climacteriul

Îmbătrânirea trebuie înţeleasă ca un proces complex de involuţie şi restructurare, declin şi compensare, eventual şi de câştig. Perioada dintre 45-55 (60) de ani prezintă o serie de particularităţi nu numai biologice, ci şi psihologice şi de "sociologie a vârstelor", care impun remanieri, uneori profunde, ale personalităţii. Această "vârstă critică" se mai numeşte de aceea şi *Wechseljahre* sau *retour d'âge*. Caracterul critic al climactericului este mai accentuat la sexul feminin, unde modificările pe plan fiziologic sunt mai rapide şi asincrone. Disritmiile şi dezechilibrele de ordin homeostatic şi adaptativ agravează patologia preexistentă, favorizează apariţia unei morbidităţi specifice şi influenţează evoluţia ulterioară a procesului de îmbătrânire. E. Greppi califică această vârstă critică drept "prima îmbătrânire", în timp ce P. Abely observă că, *pe plan psihic*, se manifestă uneori cu acuitate sentimentul de îmbătrânire. De fapt, climacteriul poate fi considerat (Pană) ca o *răscruce* de la care se deschid căi spre îmbătrânire normală, accelerată, încetinită sau complicată. Totodată însă, la 45-49 ani se constată un salt în expresia clinică a îmbătrânirii (Vl. Jucovski) şi o ascensiune marcată a indicelui de morbiditate a populaţiei. Acest fenomen se observă mai ales în sectorul bolilor aparatelor circulator şi respirator, ale sistemului osteoarticular ca şi în privinţa bolilor maligne. Tulburările neurovegetative şi endocrine de climacteriu,

afectează până la 75% dintre femei (Bricaire). Climacteriul poate fi şi torpid, nu numai dramatic. "Criza" psihosocială este personală, familială şi socială în sens restrâns.

Semnificaţia climacteriului feminin este multiplă. Pierderea funcţiei reproductive este corelată cu procesul general de îmbătrânire, reflectând incapacitatea organismului de a mai suporta efortul gestaţiei, lactaţiei şi protecţiei progeniturii până la deplina sa dezvoltare. În această perspectivă, încetarea funcţiei genezice nu trebuie considerată numai ca o consecinţă a unui anumit grad de îmbătrânire, ci şi ca o măsură de apărare a organismului. *Premenopauza şi începutul menopauzei* se caracterizează printr-o întreagă "fanfară" de tulburări subiective şi funcţionale, dintre care ne interesează cele grupate în *sindromul neurovegetativ* (inclusiv tulburările de somn) şi în *sindromul psihic* (labilitate, irascibilitate, hiperemotivitate, anxietate). Libidoul poate fi crescut la începutul menopauzei; în orice caz, interesul şi activitatea sexuală depăşesc cu mult, în timp, încetarea perioadei de fertilitate. Se ivesc, alături de semnele de defeminizare, şi semne de *masculinizare* (virilizare) morfologică, comportamentală (şi, totodată, o "masculinizare" a patologiei - frecvenţa cu care se întâlneşte, de pildă, ateromatoza crescând brusc spre valorile de la bărbat). Este de menţionat faptul că în cursul istoriei recente a avut loc o prelungire a perioadei reproductive (deci a tinereţii şi a maturităţii) atât prin apariţia mai timpurie a pubertăţii (acceleraţie), cât şi prin retardarea instalării menopauzei.

Atunci când tulburările neuropsihice au o intensitate neobişnută, vorbim despre *complicaţii neuropsihice* ale climacteriului. Sunt frecvente tulburările de caracter (negativism, revendicări, supracompensări) şi reacţiile nevrotice anxioase, depresive, ipohondrice, isterice, fobice, obsesionale. Menopauza este un moment favorabil declanşării (pe un teren predispus) a psihozelor maniacale (adesea cu conţinut erotic), dar mai ales a celor depresive (printre care se numără şi "melancolia de involuţie" descrisă de E. Kraepelin), precum şi a diferitelor forme de deliruri cronice. Cristalizarea sentimentului de îmbătrânire şi "devalorizarea" feminină (cu pierderea atributelor tinereţii, scăderea valorii estetice, a succesului erotic şi suprimarea

definitivă a capacităţii de procreaţie) sunt componentele *crizei personale* a femeii la climacteriu. Pot să apară reacţii negative de non-acceptare, revoltă, regret, depresiune, panică. Adaptarea la modificările propriei persoane prin resemnare, compensare, consolare depinde de educaţie, de concepţia de viaţă, de bilanţul existenţei şi de resursele actuale. S-a observat că menopauza este mai puţin "zgomotoasă" din punct de vedere neurovegetativ la femeile de la ţară şi la cele echilibrate psihic; ea este mai puţin dramatică la femeile pentru care viaţa erotică n-a însemnat "axul" existenţei lor. Maladaptarea este mai accentuată la femeile singure (celibatare, văduve, divorţate, abandonate, fără copii) şi neasigurate din punct de vedere material. Adesea se alterează sau se agravează relaţiile conjugale. *Criza familială* poate fi atenuată sau agravată prin relaţiile cu copiii şi celelalte rude. Prietenia, dragostea pentru animale, profesiunea şi devotamentul social constituie adesea modalităţi vicariante pentru carenţa afectivă. *Criza socială* se poate concretiza în relaţiile cu colaboratorii, la locul de muncă etc. În numeroase cazuri, activitatea pe plan profesional şi social pot constitui un factor reechilibrant şi compensator faţă de nesatisfacţiile din sfera personală, erotico-afectivă, familială. Deşi exagerarea devotamentului în muncă ca şi eforturile de adaptare şi compensare pot dăuna sănătăţii (H. Schiller), deseori reorientarea personalităţii cu un accent suplimentar pe activitatea profesională marchează o treaptă superioară a prestaţiei sociale. Muncitoarele care au trecut bine de perioada climacteriului au - prin calmul dobândit - o influenţă favorabilă asupra colectivului de muncă şi asupra producţiei (Averswald). Invers, sentimentul de panică faţă de pensionare *(Torschlusspanik)* este mai accentuat la femeile legate de profesie decât la cele legate mai mult de familie.

Climacteriul viril (andropauza) nu este atestat prin cercetări anatomice, ci prin date hormonale şi funcţionale *(potentia coeundi* scade *progresiv)*. S-au notat - rarisim - tendinţe homosexuale şi incestuoase, înclinaţia spre masturbaţie, dar mai ales sentimentul insuficienţei, pierderea energiei şi a iniţiativei, a simţului de răspundere şi a interesului pentru muncă; apar faze melancolice (cu gânduri de sinucidere) şi faze paranoide, sentimente de invidie sau gelozie pentru proprii copii - oricum, o *deplasare a dominantei.*

Problemele psihologice ale bătrâneţii

Bătrâneţea este perioada în care se evidenţează semne *de declin*. "Mecanismele" cerebrale care alcătuiesc infrastructura psihicului se deteriorează şi acest fapt este confirmat de către cercetările psihologice ştiinţifice contemporane. De exemplu, pe planul perceptiv, bătrânii sunt mai rigizi, mai "perseverenţi", reorganizarea percepţiilor se face cu greutate. Învăţarea se face mai dificil. Deficitul intelectual începe însă (după Weschler) mult mai devreme (în jurul vârstei de 30 ani). Dar, după J. L. Horn şi R. B. Cattel (1966), trebuie să deosebim, inteligenţa "fluidă" (mai legată de influenţele biologice - şi exprimându-se în percepţia imediată, în memoria asociativă, în stabilirea relaţiilor figurale) de inteligenţa "cristalizată" (izvor al raţionamentului formal, mai legată de influenţele învăţării); numai prima scade începând din deceniul 3, în timp ce inteligenţa "cristalizată" progresează. Oricum, reflexele condiţionate se stabilesc mai greu, ca şi diferenţierile (Samţova, 1962) - fapt care pledează pentru scăderea atât a excitaţiei cât şi a inhibiţiei. Declinul este mai puţin rapid la grupurile care au primit o instrucţie superioară. Bătrânul nu mai reacţionează la excitanţi afectivi slabi – de unde aparenţa de blazare (Conrad) şi apatia; pentru că este foarte receptiv la solicitările afective puternice, viaţa sa emoţională prezintă explozii, oscilaţii bruşte. Deşi, "a-patic", bătrânul este irascibil; deşi hiposensibil, este hipersensitiv. Trăirea subiectivă este mai redusă - de unde sărăcire în idei şi în iniţiative, "aplatizarea" conţinutului gândirii. La senzaţia de vid interior, se adaugă uneori şi senzaţia unei depresiuni şi a unei oboseli *sui generis*. Motricitatea este mai dificilă, dizarmonică, stângace, nesigură, rigidă. Mijloacele de expresie se reduc (incluzând o sărăcire a mimicii).

În determinismul acestor fenomene, intervin nu numai *"hipotonia"* generală - ci, cu o participare variabilă, arterioscleroza cerebrală cu tulburările de circulaţie şi degenerescenţele ("ramolismentele") consecutive.

Esenţială este însă *scăderea tonusului* la bătrâneţe: scad astfel izvoarele energetice ale tropismului, interesului şi ale curiozităţii. De

aceea, tonusul trebuie menţinut şi remontat (de exemplu, prin tratament endocrin); se cere totodată reducerea numerică a preocupărilor pentru a evita o împrăştiere a energiei, necesară oricum întreţinerii tropismelor. Individul se eliberează de grija biologică a conservării şi, din cauza scăderii funcţiilor musculare, adoptă sedentaritatea: această dublă economie de forţe lasă disponibilităţi energetice pentru *afirmarea* pe plan mental (intelectual). Involuţia, reducând funcţiile de analiză, cresc paralel (compensator?) funcţiile de sinteză - bătrâneţea dobândind astfel unele avantaje ale "presbiţiei intelectuale". Aşadar, afirmarea se poate manifesta sub formă spiritualizată. Funcţiile de *adaptare* se reduc prin retracţie şi prin izolare (ceea ce contribuie de asemenea la economia de forţe; cresc însă interesele *autotropice* (de unde riscul fixărilor ipohondrice). Tropismul *heterosexual* al crizei de bătrâneţe introduce un risc care poate fi prevenit graţie copiilor. În copii, bătrânul îşi găseşte complementul: "dilatare" a formelor în faţa propriei retracţii, "cosmotropism" în faţa interiorizării, afirmarea instanţelor biologice în faţa "descarnării" (spiritualizării). Cuplul "bătrân/nepot" constituie, astfel, un factor sociofiziologic de echilibrare.

J. Dublineau crede că la bătrâneţe nu ajung decât cei care au într-înşii mijloace biologice de dinamism şi de afirmare, suficiente dar neexcesive. Este nevoie de rezistenţă, dar şi de un coeficient de adaptare, care să evite o risipă de energie "cosmotropică". Este nevoie, de asemenea, la bătrâneţe, de un grad limitat (optim) de socializare, care să compenseze *tendinţele involutive* de retracţie şi antisocialitate. Moartea survine, la bătrâni, atunci când organismul nu mai găseşte instanţe de renovare.

O atenţie deosebită a fost dată *tulburărilor de somn* (dintre care numai o mică parte se datoresc scăderii mobilităţii şi activităţii). Dificultatea de a adormi, întreruperile, oscilaţiile între somn şi trezie cu scăderea simţului realului, anxietate şi dezorientare (nelinişte nocturnă, confuzie) - sunt aspecte caracteristice. Se vorbeşte despre *disomnii* (J. A. Huet şi B. J. Huet, 1965) şi despre *oligosomnie*, ca şi despre "onirismul celei de a treia vârste". Algiile, insuficienţele cardiopulmonare, dificultăţile în digestie, autointoxicaţiile explică o

parte din insomnii. E. Neumayer vede în unele insomnii semne de decompensare cerebrală, prin insuficienţă circulatorie şi vicierea metabolismului cerebral. Ideea că bătrânii au mai puţină nevoie de somn este greşită. Somnul este, oricum, un proces de reglare (cu rol trofotrop), coordonat cerebral. Anoxemia cerebrală produce excitaţie, insomnie şi deci regenerare insuficientă a sistemului nervos şi, consecutiv, a întregului organism. În mod analog, C. Enăchescu şi C. David adoptă ideea lui I. P. Pavlov după care somnul este un mijloc echilibrant, de apărare. În geneza insomniilor un rol însemnat revine şi ideilor obsesive (pregătite prin emotivitate, anxietate, labilitate, nevrotism, stări de agitaţie, astenie, depresiune, îngustarea sferei intereselor, a activităţii şi a relaţiilor sociale). R. Tissot propune termenul de "insomnie de alarmă" pentru *insomnia simptomatică*. În concluzie, tulburările de somn la bătrâni sunt somatogene şi psihogene, iar insomnia reprezintă o intrare într-un cerc vicios.

După cum am mai menţionat, îmbătrânirea înseamnă o *schimbare de interese*. Odată cu maturizarea, câmpul de interese se lărgeşte; odată cu îmbătrânirea, câmpul de interese se îngustează. *Orientarea* intereselor reprezintă (după Birren) expresia adaptării la ierarhia nevoilor fundamentale. Există însă "norme de vârstă" mai mult sau mai puţin impuse de societate, pentru anumite preocupări şi pentru anumite atitudini (Johnson şi Kuhlen). Individul are, de aceea, impresia că, în cursul vieţii sale, există *cotituri definitive* şi, ca atare, "ultimele ocazii" pentru a face un anumit lucru. J. Stoetzel notează că, în mediul nostru cultural de astăzi, la 35 ani o femeie se simte prea vârstnică pentru a se mărita; la 55 ani, un bărbat se simte prea bătrân pentru a mai spera la o promovare socială; la 20 ani, un student nu se simte destul de tânăr pentru a începe să aprofundeze matematica (deşi, la 90 ani, Michelangelo se apuca să studieze limba greacă!).

"A fi bătrân" este, în acest caz, o expresie relativă la o vârstă *socială*: îmbătrânirea este un fenomen biologic, dar *expresiile lingvistice* ale îmbătrânirii sunt rezultanta convenţiilor şi ideilor primite, respectiv a multor prejudecăţi.* Este deci cazul să deosebim întotdeauna o *vârstă calendaristică (cronologică)* de vârsta *clinicobiologică*

* În literatura şi cultura românească, elogii aduse senectuţii (ca vârstă a unor noi posibilităţi creatoare) au fost aduse de către S. Mehedinţi, C. Rădulescu-Motru şi C. Noica.

(nu numai *aparentă!)*, de *vârsta psihologică* şi de *vârsta socială*. Vârsta psihologică ar fi dată (Techniczek, 1965) de gradul capacităţii de adaptare, în timp ce vârsta sociologică de modul în care persoana îşi îndeplineşte obligaţiile sociale. Faptul că batrânul acordă din ce în ce mai mult interes propriei persoane (şi vieţii interioare: egocentrism, introversione, ipohondrie etc.) ar corespunde unei realităţi fiziologice importante: funcţiile de *adaptare* la lumea exterioară fac loc, din ce în ce mai mult, funcţiilor de *compensare* a deficienţelor organismice (Trojan, 1966). Oricum, îmbătrânirea este, în primul rând, o *restructurare* a personalităţii, în cadrul căreia lipsurile sunt mai mult sau mai puţin compensate prin experienţă şi maturizare (Szewczyk). Societatea contemporană, preferându-l pe tânăr, îl forţează pe bătrân "să se menţină tânăr" şi să se apropie de obiceiurile de viaţă şi de felul de a gândi al tineretului.

Ca alte note psihologice ale bătrâneţii, menţionăm: "remotivarea" acţiunilor şi a vieţii; trăirea în prezent şi în trecut (paseism) mai curând decât în viitor; conservatorismul; preocuparea de a face bilanţul vieţii (de unde, deseori, sentimente de nemulţumire şi de frustraţie, atitudini revendicative), scăderea sociabilităţii, dar şi sentimentul de singurătate (legat de dezangajare), intensificarea preocupărilor privitoare la moarte (cu anxietatea cauzată de decese, de religiozitate, dorinţa de a rămâne activ în conflict cu dorinţa de a se odihni).

S-a subliniat faptul că *atitudinea* (faţă de muncă, viaţă, propriul "eu") - este *hotărâtoare* în evoluţia (socială, medicală, psihologică, biologică) a bătrâneţii. Se consideră că o bună funcţie a "ego"-ului depinde nu numai de inexistenţa unor boli fizice sau a invalidităţii, ci mai ales de *existenţa speranţei* (şi a unei doze de umor). Teama de moarte, *teama de îmbătrânire*, impresia de ratare a vieţii, sentimentul inutilităţii sociale - complică psihodinamica bătrâneţii. Relaţiile cu ambianţa microsocială (familia etc.) reprezintă o problemă complexă asupra căreia nu putem insista. *Invaliditatea* la domiciliu poate crea un plus de integrare familială, sau - dimpotrivă. Nu rareori bătrânul devine tiranic şi pretenţios - exploatează "avantajele bolii". Esenţială este atitudinea faţă de bătrâni şi "rolul" social care li se acordă

(variabil cu poporul, cu epoca istorică, cu clasa socială etc.). Între bătrânul respectabil prin aceea că este bătrân şi bătrânul "parazit" (în mentalitatea primitivă) se intercalează trepte variabile de prestigiu, apreciere, simpatie, valorizare, valorificare. La împlinirea vârstei de 80 ani, A. Maurois declara: "arta de a îmbătrâni este arta de a apărea în faţa generaţiilor care vin după tine, ca un sprijin şi nu ca un obstacol, ca un confident şi nu ca un rival". Iar D. I. Suchianu se considera, "un bătrân de viitor". Oricum, sunt de reactualizat şi cuvintele lui Voltaire: "a îmbătrâni este singurul mijloc de a trăi mai mult".

Există *tipuri* de îmbătrânire şi de bătrâni, mai curând decât *stereotipuri* (B.S. Aaronson, 1966). Pe plan biologic, se pot deosebi tipuri de îmbătrânire: 1) după predominanţa leziunilor şi a dismetabolismelor (tipul displastic, distrofic, cu îmbătrânire "substanţială"); 2) după predominanţa tulburărilor energetice şi funcţionale; 3) după predominanţa tulburărilor de reglare (cibernoze, patologie a homeostaziei, patologie informaţională). O importanţă anumită revine îmbătrânirii *asincrone* a aparatelor şi organelor. Îmbătrânirea este "diferenţială" pentru că ea este "o sinteză istorică a ceea ce individul a fost în cursul vieţii" (Escoffier-Lambiotte, 1967). Nu trebuie să uităm că *viaţa îndelungată* poate fi o premisă pentru un anumit tip de realizări (să ne gândim, de exemplu, la unele aspecte ale creaţiei lui Goethe şi ale lui T. Arghezi). Se pare că *dezvoltarea* individuală, dincolo de faza timpurie a maturităţii, este personală, *idiosincrazică*. Diferenţele individuale sunt *accentuate*, şi nu *atenuate* prin îmbătrânire (cel puţin de-a lungul unei anume perioade).

Echilibrul între concepţia despre sine, comportare şi relaţiile cu ceilalţi - este rupt în raport cu cerinţele vieţii; este aşadar nevoie de *rearanjări*. Firele care leagă pe individ de "ceilalţi" se desfac, din când în când – şi aceste faze *tranziţionale* se însoţesc de anxietate şi de depresiune, urmate (în cazurile fericite) de seninătate şi autoacceptare (teoria *dezangajării* în varianta expusă de Cumming şi Henry, 1961). Intervin atât procese interne, cât şi factori externi (de exemplu *experienţe nodale*), care pun în joc mecanisme de luptă şi mecanisme de apărare (Kroeber, 1963). Trebuie evitată supraaprecierea factorilor

biologici, căci *decremente* ale funcţiilor fiziologice pot duce la *incremente* în funcţiile psihice (cum a arătat încă A. Adler). Paralelismele psihofizice sunt posibile sau frecvente, dar nu necesare. O concluzie practică este necesitatea de a face diagnosticul diferenţial între simptomele *tranziţionale* şi cele *regresive*, între manifestările de *autoactualizare* şi cele *nevrotice*. Unii autori (L. Copelman, 1965 ş.a.) au deosebit *crize de involuţie* ce decurg în timp scurt, intercalându-se faze de îmbătrânire lentă.

S-a vorbit despre "stiluri de viaţă" (A. Adler) şi în gerontologie.

Ni se pare îndreptăţită părerea celor care susţin că în întreaga viaţă trebuie să fie o *pregătire pentru bătrâneţe*. Această pregătire constă (D. C. Ausman, 1960 ş.a.) în menţinerea *flexibilităţii* personalităţii, în interese vii şi multiple, înnoite, corespunzător vârstelor - în învăţarea metodelor de relaxare şi de distracţie; autorul subliniază rolul "salvator" pe care-l are interesul purtat altei fiinţe. Dar o bună pregătire pentru bătrâneţe include şi grija pentru sănătate. S-a constatat (M. Taves şi G. Hansen, 1962) că numai un sfert din bătrânii care şi-au neglijat sănătatea au o bună adaptare personală după vârsta de 65 de ani.

Şcoala românească de gerontologie şi geriatrie (Ana Aslan şi colab.) a studiat amănunţit *îmbătrânirea ortogeră* ca şi factorii ce pot duce la o îmbătrânire precipitată sau precoce. Rolul *stress*-ului socio-economic şi al factorilor psihologici în îmbătrânirea precoce este atestat prin cercetări speciale. Tipul de activitate nervoasă superioară joacă un rol însemnat în obţinerea unui ritm de îmbătrânire obişnuit ca şi în longevitate (favorabil este tipul echilibrat mobil). Alţi factori de îmbătrânire precoce ţin de igiena mediului fizic ambiant sau de condiţiile de muncă. Antrenarea funcţiilor de reglare şi de adaptare (de ex. prin exerciţii fizice) este *calea de profilaxie a bătrâneţii (şi de "macrobioză")* recomandată azi (spre deosebire de "cruţarea" şi de cocoloşirea, recomandate altădată.)

A. Păunescu-Podeanu (1981) notează plastic că, uneori, bătrânii ajung "adevărate cazuri-problemă pentru aparţinătorii lor şi pentru medici". Sub raportul psihologiei medicale ei manifestă foarte des "tendinţe şi manifestări neadecvate", fiind pacienţi dificili, nedisciplinaţi, neconcilianţi, nemulţumiţi de medicii lor, ipohondri. Sunt, de obicei, bolnavi multipli, complecşi, patologia lor fiind frecvent înşelătoare. Cunoaşterea situaţiei lor mentale este o premisă a terapeuticii eficace şi se impune pentru aprecierea justă a plângerilor lor, ca şi pentru evitarea riscurilor medicamentoase (automedicaţie, înţelegere greşită a posologiei etc.).

Date pentru o psihologie medicală a femeii

Unele trăsături psihologice, psihofiziologice şi psihosociologice ale femeii merită o menţiune specială în cadrul abordării "tipologice" a problemei, pe care o încercăm.

Nu s-a scris încă un tratat corespunzător de medicină a femeii (pentru care am propune termenul de *teliatrie* sau de *ginologie* - spre deosebire de *ginecologie*, care s-a dezvoltat excesiv sub lozinca *mulier tot in utero)*. Declaraţii programatice a făcut A. Binet, dar cea mai masivă constribuţie - astăzi depăşită din multe puncte de vedere - rămâne cea a lui B. Aschner.

Femeia are o fiziologie ciclică, iar oscilaţiile periodice ale organismului afectează nu numai viaţa somatică, ci şi viaţa sufletească. Limitele dintre *sănătate* şi *boală* sunt de aceea mai puţin nete, iar leziuni compensate se pot decompensa, procese latente pot deveni patente în anumite faze ale ciclului. La baza acestor "demascări" stau dezechilibre hormonale sau neurovegetative, fenomene vasomotorii (congestive) şi spastice, reacţii alergice şi autointoxicaţia. "Tensiunea premenstruală", *"molimen-ul* catamenial", sindromul de ovulaţie sunt stări cvasimorbide de hipersensibilitate, inconsecvenţă, confuzie, exagerare, agresivitate. După I. Macavei, "perioada critică majoră" de maximă labilitate psihică este cuprinsă între ziua a 25-a a unui ciclu şi ziua a 33-a a ciclului următor, în timp ce "perioada critică minoră" este cuprinsă între zilele a 11-a şi a 17-a. În perioada critică majoră se localizează majoritatea delictelor şi crimelor comise de femei (Cooke şi Morton, Hoffman, K. Dalton), majoritatea accidentelor de circulaţie provocate sau suferite de femei, majoritatea greşelilor profesionale.

Femeile internate în spital prezintă frecvent, în această perioadă, atitudini neobişnuite şi incomode, cum ar fi: nemulţumiri nemotivate, certuri, abateri disciplinare, conflicte nefondate etc.

Dezechilibre hormonale la pubertate, în sarcină şi la menopauză se găsesc în etiologia multor boli, inclusiv în psihoze. Eventualitatea lor nu trebuie subestimată; această subestimare este o *greşeală psihologică frecventă* a medicilor practicieni şi omnipracticieni (generalişti).

După Macavei (1963), cercetarea biotipologică are o mare valoare în clientela feminină. Circa 55% dintre femeile mature se încadrează într-un tip ortosexual (normogenital şi "normovirilizat"; restul sunt hipo- sau hipergenitale, hipo- sau hiperginoide. Orice abatere de la acest tip este o predispoziţie la labilităţi neuropsihice şi la "endosimpatoză pelviană" (E. Mayer). Prin acest termen se înţelege o stare de sensibilitate exagerată a centrilor vegetativi şi corticali faţă de interocepţiile genitale fiziologice, un gen de ginecopatie nevrotică - frecvent legată de anorgasmie (probabil şi un efect al acesteia).

O altă tipologie este propusă de Waterhouse (şi adoptată de Păunescu-Podeanu): *femeia sclavă model, femeia îndrăzneaţă* ("mamifer de lux" - după Pitigrilli), *femeia maternă, femeia de tip masculin.*

Oricum (spune autorul român) femeia este o fiinţă mai complicată decât bărbatul, cu surse de îmbolnăvire somato-psihică pe care acesta nu le are. (Sursele psihosomatice au fost expuse, într-o monografie specială, de C. Daniel).

La femeie, sfera genitală, viaţa sexuală şi impregnarea hormonală cu hormoni sexuali au un răsunet foarte marcat asupra organismului şi asupra personalităţii. Hiperfoliculiniile absolute şi relative se manifestă deseori prin sindroame cenestopatice, prin spasmofilie cu anxietăţi şi depresiuni. Isteria a fost întotdeauna mult mai frecventă la femei (de unde şi numele). În general, femeia nu poate face abstracţie de "sarcina"ei biologică, care este tocmai sarcina - maternitatea aducându-i împlinire şi sens existenţei. Se citează cazul unei femei care pretindea pensie de invaliditate deoarece, în urma a două sarcini tubare, rămăsese sterilă! Dar o mare parte din agitaţia (uneori

"somatizată") femeii, este legată de teama sau de dorinţa de a rămâne însărcinată. Diviziunea aceasta "biologică" a muncii de procreaţie este însoţită, în societatea noastră, de "sarcini" gospodăreşti şi de educare a copiilor, astfel încât viaţa femeii-mame (şi a femeii care alături de profesiune face şi gospodărie) este mult mai obositoare (şi consumă mult mai mult timp) decât pare la prima vedere; de aici fenomene de surmenaj, nemulţumire, frustraţie, nevroză.

Preocupările feminine pentru aspectul exterior al persoanei, ornamentaţie, frumuseţe - au frecvent consecinţe patologice (corset, tocuri înalte, cosmetice) şi reprezintă totodată o solicitare specifică a medicului (cosmiatire, chirurgie estetică, dermatologie etc.). Se menţionează situaţii în care bolnava, în şoc de sarcină extrauterină cu ruptură tubară, nu uită să ceară operatorului o incizie Pfannenstiel (care nu afectează estetica abdomenului, putând fi camuflată de părul pubian). Un semn de prognostic bun în convalescenţa după episoade medicale şi chirurgicale grave poate fi folosirea oglinzii.

Trăsături de psihologie "specific" feminine pot complica relaţia medic-pacient (pudoare etc.). Ele erau uneori hotărâtoare în trecut. Femeia de azi se adresează adesea mai curând medicului-bărbat, decât doctoriţei, căutând în el un substitut de tată, frate sau fiu, un confident, un sfătuitor – uneori un admirator. Femeia aşteaptă de la medic o *anumită atitudine* corespunzătoare nevoilor sale sufleteşti şi nu neapărat un diagnostic sau tratament. Pentru femeie, starea de boală uşoară, de suferinţă cronică "dusă pe picioare" este considerată aproape ca o stare normală; multe femei *pretind* să fie privite ca bolnave, în orice caz să fie luate în serios pentru lamentările lor. Unele "poartă de grijă" bolii, aproape o cultivă - deoarece boala este o "rezervă pentru orice eventualitate", solicită atenţie şi chiar compasiune, este o cale de a exercita presiuni morale, le "face interesante" (avantajele bolii). Situaţia este frecventă la personalităţile accentuate pe care Leonhard le-a numit "demonstrative". În schimb, este oportun ca în cazul prezenţei unei afecţiuni serioase, situaţia să nu le fie descrisă în lumini sumbre şi tragice.

Bărbatul face deosebire între "nu mi-e bine" şi "sunt bolnav"; femeia consideră că orice abatere de la starea de *bien-être* este boală.

Anchete psihologice au arătat că femeile sunt mai "nemulţumite" de corpul lor decât bărbaţii: ultimii caută să înfrunte neplăcerile trupeşti, chiar până la subestimare şi negarea simptomelor importante. R. Tichener (1963) susţine că femeile sunt de obicei hiperreactive la boală, în timp ce bărbaţii tind să "reziste" excesiv. Poate că în condiţiile culturale actuale, accentul pus pe atracţia fizică hipersensibilizează femeia la neplăcerile aduse de trup. Oricum, dragostea faţă de propriul trup (*body-cathexis*, L. C. Johnson, 1956) este un factor important în determinismul plângerilor cu substrat somatic.

Femeia are frecvent *presentimente* şi *intuiţii* de care este bine să se ţină seama. După L. Levi, femeile cu presentimente verificate sunt, mai ales, cele cu puternică retenţie hidrică premenstruală (femeile "acordeon"). Spre deosebire de ceea ce se recomandă de obicei, noi susţinem că un coeficient de premoniţie veritabilă trebuie suspectat şi respectat - şi nu luat în derâdere ca o superstiţie stupidă; bineînţeles că nu orice impresie subiectivă, coincidenţă anxiogenă sau prejudecată fac parte din clasa largă (dar confuză) a fenomenelor parapsihologice autentice.

La femei, sindroamele psihosomatice uşoare sunt frecvente; frecvente sunt "cochetăriile" cu boala, ca paravan pentru conflicte familiale (se caută "justificări" în sectorul patologiei). Aşa s-ar explica multe cazuri de prurit vulvar, de cancerofobie etc.

Femeia *internată* are sensibilităţi şi particularităţi de reactivitate de care trebuie să se ţină seama, pentru a evita disfuncţii ale grupului microsocial spitalicesc. Gradul de satisfacţie a bolnavelor reflectă atitudinea medicului faţă de ele şi, de asemenea, uniformitatea (nepreferenţială) în acordarea atenţiei.

*

Femeia în calitate de *personal medical* reprezintă o problemă de etnografie, de istoria culturii, de psihologie socială. Ca o relicvă a situaţiei matriarhale (?) şi a valorii simbolice a maternităţii - au rămas prin tradiţie preocupările de terapeutică magică şi populară ("doftoroaie", "leacuri băbeşti") şi moşitul. Femeile preotese şi femeile deţinătoare de ritualuri antidemonice s-au întâlnit în numeroase culturi antice şi exotice. Multă vreme obstetrica a fost "monopolul" sexului feminin.

În societatea europeană, profesiunea medicală a fost până la sfârşitul secolului al XIX-lea puţin cultivată de femei, pe alocuri chiar prohibită (deşi femei-savante în medicină au fost menţionate în analele universităţilor, de pildă a celor italiene). Prima romancă medic, d-na Cuţarida, a fost criticată de ziarele vremii pentru a-şi fi ales o profesiune în contradicţie cu "delicateţea sufletului feminin"! În aceeaşi perioadă, Ughetti nu era nici el entuziasmat de performanţele medicale ale femeilor. Dimpotrivă, Mantegazza găsea femeilor calităţi necesare unui practician: afecţiune, prevedere, delicateţe.

Experienţa ultimelor decenii a arătat că femeia reuşeşte frecvent mai bine decât bărbatul în specialităţi ca: pediatria, stomatologia, laboratorul. În ginecologie succesul este variabil, deoarece nu totdeauna femeia-medic este în stare să o înţeleagă pe femeia-pacient şi intervin, la ambele, aspecte subiective care alterează relaţiile, de exemplu, gelozia şi invidia (pentru soţ, copii, calităţi fizice etc.). Unele obstetriciene asistă "din inimă" parturienta numai până când s-a născut copilul. În Europa, femeia-pacient este mai dispusă să se încreadă unui medic-bărbat. Cea vârstnică acceptă o doctoriţă tânără - pe care o consideră ca pe o fată, cea tânără - pe doctoriţa bătrână, în care vede o mamă. Pentru multe femei, doctoriţa este un fel de femeie în "rol de bărbat" şi ca atare este obiectul multor critici deplasate la aspecte neesenţiale (îmbrăcăminte, aspect fizic etc.). În multe ţări, mai puţin dezvoltate, medicul-femeie are avantajul de a putea fi acceptată de femeile căsătorite – altfel supuse restricţiei în ce priveşte contactele sociale cu bărbaţii străini. Recent, s-a verificat rolul personalului feminin medical şi de asistenţă socială - ca şi al organizaţiilor de femei - în planificarea familiei, ca şi în educaţia sexuală post-maritală.

Este unanim acceptată şi elogiată femeia în *îngrijirea* casnică sau spitalicească a bolnavilor. Termenul de "soră" nu pare a fi ales sau menţinut în mod întâmplător. Menţionăm că printre cei dintâi care au folosit infirmiere *laice* se numără Pirogov în Războiul Crimeii. O

atenţie deosebită o merită recunoaşterea contribuţiei femeilor în opera de asistenţă socială, de filantropie şi igienă socială, de *Cruce Roşie* etc.

Psihologia gestaţiei şi a parturientei

Problema aşa-numitului "instinct de reproducere" necesită revizuiri continui. H. Ellis (1934) a argumentat teza după care, la animalele superioare, există un impuls sexual (care apropie cele două sexe, pentru ca fecundaţia să aibă loc) dar şi un instinct parental care asigură viitorul descendeţilor. După Techoueyres (1938), dragostea maternă alcătuieşte diferenţa esenţială între psihologia celor două sexe; ea are o origine biologică, în timp ce dragostea paternă ar fi de origine socială (rezultat al obişnuinţei în cadrul vieţii de familie). Gina Lombroso (1924) vorbise de *alterocentrismul* femeii rezultat dintr-un transfer al egoismului: "mama se iubeşte în progenitura ei". Freud considera şi el că sistemul mamă-sugar este "simbolul oricărei relaţii amoroase". Etologii de azi (I. Eibl-Eibesfeldt ş.a.) văd în această relaţie *originea* sentimentelor pozitive.

Desigur, capacitatea biologică de a procrea nu înseamnă, întotdeauna, prezenţa unei structuri *psihice* în conformitate cu această stare (Wengraf). Cercetări *ad-hoc* au arătat că există frecvent un resentiment faţă de sarcină la femeile frigide şi există date clinice şi experimentale care sugerează legătura între impregnarea cu progesteron ("hormonul mamei", spre deosebire de foliculină, "hormonul femeii") şi, mai ales, cu prolactină pe de-o parte, şi apariţia tandreţei de tip matern, pe de altă parte.

S-a încercat schiţarea profilului personalităţii femeilor cu avorturi habituale (Tupper) – deosebindu-se însă femeile care nu pot accepta responsabilitatea maternităţii, de femeile singure care nu pot accepta atitudinea societăţii faţă de "copiii din flori".

Fl. Dunbar a legat sarcina ce decurge în condiţii bune, cu copil "dorit", de dragostea reuşită între parteneri. Modificările în homeostazia de sarcină depind de reacţiile psihice ale mamei faţă de starea de graviditate, repercutându-se asupra dezvoltării produsului de concepţie. În special anxietatea mamei a fost considerată ca un factor nociv pentru *personalitatea* produsului de concepţie, ca şi pentru *organismul* acestuia. Stress-ul emoţional în perioada prenatală ar duce frecvent la feţi subponderali, hiperiritabili, cu tub digestiv sensibil şi, câteodată, cu intolerenţe la laptele matern (Sontag).

Principala problemă la mamele inadaptate psihic nu pare a fi obţinerea unor descendenţi sănătoşi, ci dezvoltarea ataşamentului pentru nou-născut (L. Prodan jr.). Atitudinea faţă de o sarcină, la început nedorită, se poate schimba, de exemplu sub imperiul sentimentului de vinovăţie al unei datorii neîmplinite. Dar la construirea acestei atitudini contribuie aversiunea faţă de starea fizică schimbată (Dunbar), teama de necunoscut, frica de durerile naşterii. În timpul naşterii (ce decurge, la noi, azi, aproape în totalitate în instituţii sanitare, deci nu în mediul familial şi familiar) mai intervine un sentiment de singurătate. Frustrări de afecţiune maternă sau conjugală duc, câteodată, la o exagerată fixare afectivă faţă de fătul intrauterin; după naştere apare o dezorientare la constatarea faptului că copilul are o proprie identitate şi este mai puţin dependent. Pe de altă parte, parturiţia o lipseşte pe mamă de legăturile kinestetice cu fătul. Brusca comutare hormonală alcătuieşte un fond propice pentru grefarea stărilor depresive reacţionale.

"Momentul" naşterii este favorabil pentru explorarea psihologică şi axiologică a femeii (L. Prodan). Explorări sistematice au arătat marea frecvenţă a cauzelor de origine socială, economică, profesională, culturală etc. în etiologia cazurilor de "copil dorit". Cauze biologice intervin şi ele, ca şi în cazurile de "copil nedorit" cu intensitate (sarcina recomandată ca tratament). Dorinţa de a avea copii nu răspunde numai unei porniri biologice, ci şi unui conformism ("lucru firesc") apropiat de sentimentul datoriei sau unor valenţe simbolice (simbol al dragostei între parteneri; feminitatea demonstrată prin progenituri) şi axiologice (avantaje materiale). *Cauzele propriu-zis familiale* care îndeamnă femeile la a avea copii ţin de cimentarea căsniciei, de dorinţa expresă a soţului, de considerente privind continuitatea de-a lungul generaţiilor.

Acceptarea sarcinii sau nou-născutului se relevă nu numai în acte de comportament (inclusiv de comportament verbal), ci şi în reacţii psihosomatice.

În cercetări făcute pe *gestante multipare*, care aveau în antecedente avorturi spontane, Ursula Şchiopu şi Magdalena Munteanu (1979) au constatat locul central pe care-l ocupă anxietatea. Dacă gestantele urmărite fac eforturi (în plan conştient) pentru menţinerea sarcinii, cu dorinţa aproape obsesivă a maternităţii, există frecvent o rejectare inconştientă întreţinută de experienţe asociate (refuzul identificării cu propria mamă, frica de a pierde afecţiunea celor din jur, sentimente de culpabilitate). Analiza viselor simbolice dezvăluie fie atitudinea negativă faţă de sarcină, fie nevoia rezolvării fantastice a stărilor actuale de disconfort. Deşi sarcina este biologic un proces normal, ea reprezintă "o stare excepţională care pune în evidenţă toate resursele fizice şi psihologice ale femeii... un obstacol peste care femeia trece cu destul de mare dificultate".

Corelaţii psihice ale unor boli acute şi cronice

Generalităţi

În capitolele despre durere şi anxietate - ca şi în cele despre reacţiile personalităţii faţă de boală - schiţam câteva dintre aspectele ce urmează să fie continuate şi concretizate în cele ce urmează.

"Impactul" bolii asupra persoanei se face la diferite nivele şi după diferite modalităţi. Considerând persoana ca un sistem structurat, susţinut de o individualitate biologică, vom deosebi influenţele care se petrec în elementele structurii anatomice (de ex. alterarea toxică a neuronilor, modificări de cronaxie ale fibrelor nervoase) de *reacţiile* persoanei ca ansamblu psihofizic, cu eventualele ei *riposte* şi *compensări;* vom deosebi, de asemenea, fenomenele de *deficit* de fenomenele de *liberare* (prin slăbirea unor funcţii de control); fenomenele de *dezintegrare* de procesele de apărare etc. Personalitatea este *alterată* de boală, dar totodată poate lua *atitudine* faţă de boală.

S-ar putea schiţa o "listă" de *efecte posibil negative* şi de *efecte posibil pozitive* ale bolii "în genere". Boala creşte egocentrismul, egoismul şi iritabilitatea; scade libertatea (iniţiativa, mobilitatea fizică şi sprituală, energia, rezistenţa). Boala face să regreseze, disociază şi, uneori, degradează personalitatea; acesteia îi scade capacitatea creatoare şi obiectivitatea, îi slăbeşte raţiunea şi voinţa; sporeşte sugestibilitatea şi intensifică viaţa afectivă (care devine însă mai rudimentară). În unele cazuri, se poate vorbi de reducerea "personalităţii" la rangul de "simplă persoană" şi, mai departe, la cel de "simplu individ

biologic". Boala alterează temperamentul şi caracterul; nu numai că scade capacitatea de muncă, dar interferează diferitele aptitudini (C. Belciugăţeanu). Boala schimbă, în orice caz, momentan sau durabil, ierarhia valorilor (de pildă, sănătatea devine un "bun suprem"; efortul combativ pe plan social este privit cu antipatie). Pe plan psihosocial, boala poate duce la un complex de inferioritate, la "ruşinea de oameni" cu ocolirea lor (însingurare). Ea poate determina nu numai o exacerbare a egofiliei, dar şi o netă mizantropie, sentimente de ură faţă de ceea ce este pozitiv, dorinţa de a îmbolnăvi pe alţii sau aceea de "a îngropa universul sub ruinele tale". Proiectarea viitorului e ameninţată, de unde adoptarea filosofiei lui *carpe diem*, cu relaxarea controlului moral şi exacerbarea setei de gratificaţii (nu numai intelectuale). Pe plan propriu-zis spiritual, boala poate însemna *conversiuni* religioase: ateism sau, dimpotrivă, bigotism. Boala înseamnă relevarea fragilităţii, a suferinţei, a "răului" care există în lume – de unde atitudini pesimiste, fataliste, nihiliste etc.

După Bloch şi Sivadon (1963), orice atingere a integrităţii persoanei duce la o reacţie de protecţie de tip regresiv. Organismul se închide spre sine în sensul poziţiei fetale şi caută condiţiile ce permit să-şi reducă contactul cu un mediu prea eterogen. Organismele animale superioare tind să găsească o protecţie de tip parental, relaţia dintre cel îngrijit şi cel care-l îngrijeşte reproducând întrucâtva "fixarea" puiului de adultul din preajmă [întipărirea *(Prägung)* descrisă în etologie, studiată de către Lorenz şi Tinbergen]. Se reiau atitudini infantile, dintre care cele mai caracteristice sunt: a) *reducţia temporospaţială* (bolnavul trăind în "aici" şi "acum", nu suportă nici aşteptările); b) *egocentrismul* (într-un înţeles apropiat de cel folosit de J. Piaget); c) *dependenţa*, uşor lunecând spre tiranie (bolnavul are nevoie de alţii care să-l îngrijească, dar să-i şi dea atenţie). Corolarul acestei regresiuni este *transferul* atitudinilor sale infantile de altădată faţă de anturajul parental, către personalul care-l îngrijeşte. La acest personal pot apărea atitudini complementare de *contratransfer*, de ataşament de tip matern sau patern (ca în tratamentul psihanalitic). Fireşte că o comunicare afectivă neadecvată poate genera atitudini ostile şi comportamente vecine cu sadismul. Autorii susţin că atitu-

dinile de transfer şi contratransfer, în regresiunile profunde, sunt desexualizate; dar ele îmbracă aspecte de tip erotic în regresiunile mai uşoare (în boli mai puţin grave), ca şi în cursul ameliorării. Vindecarea implică o reluare a autonomiei persoanei. Există, aşadar, o dublă cerinţă: bolnavul trebuie să regreseze pentru a putea fi mai bine îngrijit, dar să-şi recapete autonomia pentru a se vindeca mai bine.

Boala are însă şi eventuale efecte *pozitive*, care pot fi majorate printr-un *bon usage de la maladie* - după expresia lui B. Pascal. Ea duce - prin contrast - la o înaltă apreciere a sănătăţii, a vigorii, a trupului, a simţurilor, a clipei. Pe planul valorilor, ea obligă la o reconsiderare a ţelurilor şi a aprecierilor, cu o reprimare a preocupărilor futile şi vane. Această restructurare a tablei de valori este bine exprimată în jurnalul Katherinei Mansfield. Semnalarea fragilităţii persoanei poate determina hotărârea de a renunţa la *amânări*, pentru a trece - imediat ce va fi posibil - la luptă, realizare, creaţie. Un asemenea prilej de *reconsiderare* este un prilej de *spiritualizare*. Suferinţa este o şcoală - spunea O. Wilde în *De profundis*. Oricum, ea poate creşte empatia şi simpatia pentru alţii, poate dezvolta spiritul de înţelegere şi de iertare. Dar şi simpla deconectare de activitatea zilnică, ca şi simpla "deproblematizare" în acest sector al tensiunilor cotidiene şi rutiniere, poate fi privită ca un efect *virtualmente pozitiv*. Meditând asupra bolii, bolnavul poate câştiga o filosofie pozitivă, în care se asociază admiraţia pentru "miracolele" corporalităţii, ale lui *De corporis fabrica* (cum spunea Vesal) şi pentru puterea vindecătoare a naturii *(vis medicatrix naturae)*, cu note de materialism dialectic spontan (faptul interdependenţei somatopsihice) şi cu note de etică a toleranţei. Nu este mai puţin adevărat că, la o minoritate de bolnavi, se ajunge la elaborarea unei filosofii a hazardului şi a absurdului, a unui ateism *sui-generis* etc.

Medicului îi incumbă o reală răspundere în a *susţine efectele pozitive* ale bolii şi în a *combate efectele negative*. Trebuie ca el să lupte împotriva "cercurilor vicioase", care duc la depresiune şi la viziune pesimistă - punctul de plecare a lor fiind cenestezia perturbată şi durerea. Întreg haloul afectiv legat de starea de boală poate fi influenţat pe cale de contact interpersonal şi pe cale de *cultură*.

Menţionăm, în fine, că starea de boală (inclusiv spiritualizarea) este un bun prilej de educaţie sanitară şi de îndrumare raţională în privinţa "artei de a trăi".

*

Când vorbim despre "reacţiile" la unele boli acute sau cronice, ne gândim desigur, mai întâi, la un tablou *specific* al "simptomelor" psihice, adică la un tablou *alospecific*. În realitate *faciesul* bolii, "patoplastia" sa (Birnbaum) - este, mai ales pe plan psihologic, *idiospecific**. Cu cât este mai puternică noxa exogenă şi cu cât contează mai puţin predispoziţia endogenă, cu atât mai pur este aşa-numitul "tip de reacţie exogen" (adică cu atât mai *alospecific* este tabloul). Când noxa exogenă este slabă, iar predispoziţia este puternică, tabloul de "reacţie" este colorat endogen (Krisch, 1920) sau idiospecific. Se pot deosebi simptome *obligatorii* (alospecifice) şi simptome *facultative* (alospecifice sau idiospecifice). Reamintim că multe dintre simptomele psihice *obligatorii* pot fi "nespecifice" din punct de vedere al diagnosticului (de ex. cefaleea, oboseala).

Durerea este considerată de către unii autori un simptom subiectiv *somatic*, în timp ce schimbarea de poziţie, de exemplu, ar fi un *simptom subiectiv psihic* (J. M. Crawford, 1963).

Simptomele subiective sunt cele care alcătuiesc *tabloul nosologic:* dar - repetăm - nu orice manifestare psihică a bolnavului legată de boală este un simptom. Ansamblul de simptome trebuie reconstituit ţinând seama de istoria apariţiei lor şi de conexiunea cu istoria semnelor obiective. După autorul citat, observarea comportării bolnavului este analoagă inspecţiei, iar ascultarea declaraţiilor sale este analoagă auscultaţiei; autorul vorbeşte de o "psihopalpaţie", care se dobândeşte prin experienţă clinică.

* Reamintim că termenul *alospecific* se foloseşte pentru a desemna reacţiile din care se poate citi calitatea şi cantitatea excitantului (de ex. anticorpul, percepţia adecvată) iar termenul *idiospecific* pentru cele care relevă doar însuşirile sistemului reactiv (de ex. contracţia fibrei musculare după legea "tot sau nimic" sau iluzia).

*

Nu este oare exagerat să afirmăm că un studiu detaliat al modificărilor psihologice imprimate de fiecare stare (entitate) morbidă ar avea, pentru clinician, o valoare tot atâte de mare ca şi expunerea simptomelor şi a semnelor obiective? Homeopaţii susţin că nu este nici o exagerare. Însă *capacitatea* de a constata şi a expune - de exemplu o simptomatologie subiectivă nuanţată - este extrem de variabilă de la un individ la altul.

Istoria psihologică a bolii este săracă în cazul siderării bruşte a organismului – de pildă în infecţii sau intoxicaţii acute - când funcţiile organismului sunt obnubilate sau dezagregate. Studiul afecţiunilor mai benigne este mai interesant - şi foarte captivant devine studiul afecţiunilor cronice.

Pe plan afectiv întâlnim interesarea sensibilităţii la durere şi la suferinţă, interferarea reacţiilor emoţionale, temperarea sau sublimarea pasiunilor; apar sentimente de destindere, de revoltă etc. Exteriorizarea cuprinde gama variată de la atonie, pasivitate - la exuberanţă, combativitate, agitaţie. Bolnavul trăieşte aspecte (uneori noi!) de teamă, anxietate, angoasă, desperare. *Tendinţele instinctive* sunt altfel orientate: se remarcă atenuarea celui sexual, prevalarea celui de conservare şi de posesiune (egoism). Ultimele sunt corectate prin instanţele morale sau religioase (resemnare etc.). *Caracterial*, bolnavul devine un om dificil, "acru" - câteodată mai stăpân pe sine, de obicei mai labil. Este neîncrezător, nemulţumit, pretenţios, ultrasensibil la atenţia care i se dă.

În bolile acute, individului i se impune o adaptare rapidă greu de realizat: reacţiile pot fi violente. Dar modificările psihologice sunt *fugace*, ele nu impregnează şi nu restructurează durabil (sau definitiv) fondul mental. Toate planurile şi sectoarele eului sunt perturbate (modificări globale). Bolnavul este de obicei credul şi sugestibil.

În schimb, *în bolile cronice* asistăm de multe ori la o transformare durabilă a Eului care se face în mai multe cazuri - de la teamă şi anxietate, prin revoltă, la o alterare supărătoare a afectivităţii, a simţului de datorie şi, în general, a simţului social. Preocupările

progresive în sectorul vegetativ-organic determină o reducţie a vieţii intelectuale. Nu rareori se exacerbează simţul artistic şi *creativitatea* artistică (ca şi cum o impregnare toxică, moderată, ar constitui prin ea însăşi un stimulent). Modificările *pozitive* în sectorul caracterului se observă numai la structurile puternice ("suflete tari"); firile slabe se lasă copleşite. Unii bolnavi devin amorfi, inconştienţi; la alţii se exacerbează genialitatea. Se reorganizează conduita, viaţa personală şi socială în funcţie de capacităţile restante şi de obiectivele noi (sau vechi) ale vieţii. K. Goldstein a observat că, la bolnavii cu leziuni cerebrale, scăderea capacităţii de a "domina" un mediu divers şi de a se adapta la o viaţă cu elemente de neprevăzut generează un deosebit spirit de ordine şi tabieturi conştiincios pretinse şi respectate.

Cerinţele bolnavului în ce priveşte terapeutica şi comportarea medicului sunt discutate în alte capitole.

Problema cea mai serioasă a bolilor cronice este reîncadrarea în viaţa normală, "re-abilitarea" - primejdia majoră fiind conservarea unei *organizări mentale patologice*, dincolo de sfârşitul (sau de echilibrarea) procesului organic (somatic).

Corelaţiile psihice ale bolilor cuprind influenţe de ambele sensuri: "reacţii" psihice la boală şi "reacţii" ale procesului morbid la procese psihice. Interacţiunea poate fi de tip "ciclu vicios" (agravare reciprocă) sau, dimpotrivă, favorabilă vindecării şi recuperării.

"Sindromul psihic de însoţire" poate fi privit din foarte multe puncte de vedere, din care menţionăm câteva:

a) *nosologul* se întreabă despre valoarea sa diagnostică şi se va interesa de anamneză;

b) *clinicianul* terapeut se interesează şi de implicaţiile sale în tratament;

c) *psihometricianul* e mulţumit dacă poate stabili un tabel analitic de variaţii cantitative ale aspectelor investigate (memorie, atenţie etc.); el va furniza cifre care să arate în *ce procent* de cazuri există *abateri* de o anumită amploare;

d) *psihiatrul* va tinde, mai ales, să pună "etichete" de sindrom sau maladie (delir, confuzie, sindrom depresiv etc.) - însă psihologia medicală clinică *nu* este o "mică psihiatrie";

e) *neuropatologul* va observa, eventual, pseudonevroze (generate de alterarea nespecifică a funcţiilor cerebrale) sau nevroze veritabile (reflectând un conflict);

f) *psihanalistul*, "psihodinamistul" se vor întreba care sunt alterările de *ego* produse (inclusiv regresiunile); vor căuta dacă nu s-a produs, eventual, o "demascare" a unui vechi conflict intrapsihic; vor identifica modalităţile de apărare folosită de *ego*, se vor interesa de biografie (mai ales de prima copilărie);

g) *psihopatologul* va cerceta modificările marilor funcţii psihice şi cele alte *structurii* sufleteşti;

h) *constituţionalistul* va raporta constatările la tipul constituţional, la baza temperamentală, la "teren";

i) *psihosomaticianul* se va întreba dacă boala nu este o *expresie somatică*, dacă "nu a venit în întâmpinarea sufletului) (W.v. Weizsäcker), dacă în etiologie nu participă traume sau drame;

j) *personalistul* se va ocupa de modificările, alterările, dezintegrările, degradările personalităţii; de deosebirea *efectelor-reacţii* de *efecte-riposte;* de depersonalizări, de influenţarea, prin boală, a *devenirii evolutive;*

k) adeptul *medicinii antropologice* se va întreba de semnificaţia bolii pentru persoană şi va cerceta valori, idealuri, responsabilităţi;

l) fenomenologul va căuta să "înţeleagă" mai mult decât să "explice" cazul;

m) medicul de orientare *analitic-existenţială* va cerceta situaţiile-limită, angoasele, relaţiile cu ideea de moarte, însingurarea şi posibilităţile de a o depăşi;

n) neuropsihologul evoluţionist va căuta interpretarea simptomelor după schema jacksoniană a pierderii, a liberării, a "subducţiunii" (coborâre de nivel), sau după alte scheme (C. v. Monakow).

o) psihosociologul va avea în vedere relaţiile sociale şi modificarea de "rol".

În această enumerare nu am ţinut seama decât de o parte din punctele de vedere ale medicilor şi ale psihologilor - şi nu de poziţia bolnavilor sau a personalului nemedical de îngrijire.

Marile dificultăţi în calea explorării psihopatologice sau psihiatrice a bolilor ţin, între altele, de faptul că experienţa "sufletească" este individual-unică; observarea "din exterior" - metodă larg răspândită în alte ştiinţe - este inaplicabilă stărilor subiective; instrospecţia nu poate fi făcută decât "de sine şi pentru sine" etc. Principala dificultate rezidă în aceea că "factualitatea" experienţei subiective este sesizabilă numai prin mijlocirea declaraţiilor verbale, orale sau scrise; raportul verbal depinde însă de capacitatea de autoobservaţie, de memorie, de vocabular (şi cultură), de onestitate. Limbajul poate fi deficient în cuvinte care să descrie experienţa subiectivă. Vorbirea *(la parole)*, "comanda individuală" a cuvintelor, disponibilitatea terminologiei adecvate, variază enorm de la o persoană la alta: un scriitor, un actor, un agricultor vor descrie în mod diferit stări sufleteşti cu totul asemănătoare. În funcţie nu numai de cultură, dar şi de *Weltanschauung-ul* propriu, pacientul va pune accentul fie pe ceea ce este particular în drama sa interioară, fie pe concomitenţele "fizice" (ca durerea, cefaleea, ameţeala) sau va încerca o caracterizare "abstractă" a stării sale (astenie, depresiune etc.) folosind termeni medicali, depersonalizaţi.

S-a insistat, cu alte ocazii, asupra necesităţii depăşirii "iatrocentrismului".

De fapt, tratatele de patologie clinică nu prezintă (în general) aspectele concrete ale situaţiei de boală, ci o sistematizare de date utile intelectului unui diagnostician şi terapeut. Marele succes al lecţiilor clinice ţinute de G. Ramon se datorează în mare măsură prezentării *vii* a contactului medicului cu o situaţie concretă, contact urmărit pe parcurs. Problemele sunt văzute totuşi, în toate aceste cazuri, din punctul de vedere al medicului care trebuie să descifreze şi să acţioneze. Am putea vorbi despre un "punct de vedere iatrocentric" (de la *iatros* - în elină, medic). Acest punct de vedere nu este însă singurul care condiţionează comportamentul adecvat al personalului medical sau al personalului de îngrijire. O anumită boală înseamnă *altceva* pentru medicul care examinează sau care-şi face vizita cotidiană, *altceva* pentru medicul care-şi face contravizita sau pentru cel care operează, *altceva* pentru soră sau pentru infirmieră şi - bineînţeles - *altceva* pentru bolnav. Importanţa concretă a detaliilor ce fac parte din complexul situaţiei morbide este diferită pentru fiecare dintre persoanele angajate: o durere nespecifică (de exemplu, o cefalee) poate fi fără însemnătate pentru diagnostician, dar chinuitoare pentru pacient; incontinenţa de materii poate fi penibilă mai ales pentru îngrijitoare. Ar fi indicat ca fiecare capitol de patologie clinică să includă şi paragrafe referitoare la aceste aspecte. Punctul de vedere al bolnavului trebuie cunoscut de către medic mai ales când este vorba de boli frecvente, de boli grave sau de boli în care cooperarea bolnavului este esenţială.

*

O schemă cât mai completă a corelaţiilor psihice din diferitele boli ar trebui să cuprindă, după părerea noastră, următoarele aspecte:

a) probleme de etiologie (psihologică, spirituală, axiologică, psihosocială), la rândul lor grupate sub două paragrafe: fondul personalităţii predispuse (dacă există) şi traumele, dramele, *stress*-urile implicate;

b) problema oportunităţii cunoaşterii diagnosticului şi a prognosticului de către bolnav (a spune sau a nu spune adevărul);

c) reacţia psihologică la boală: adaptarea la boală şi adaptarea la tratament;

d) particularităţi psihologice ţinând de spitalizare sau de dispensarizare, de mijloace terapeutice, de relaţia medic-pacient;

e) factorii psihologici în evoluţia bolii;

f) indicaţii şi contraindicaţii ale diferitelor forme de psihoterapie;

g) problemele legate de nosofobie şi de frica de moarte.

Bineînţeles că psihologia medicală de până acum este departe de a oferi material satisfăcător pentru a adăuga, la fiecare capitol din tratatele de terapeutică, un subcapitol care să cuprindă toate aceste aspecte. În lucrarea de faţă vom căuta să ne mărginim la câteva afecţiuni, grupe de afecţiuni sau chiar ramuri medicale.

Corelaţii psihologice ale bolilor endocrine

Faptul că numeroase boli endocrine cuprind în tabloul lor clinic unele simptome psihice a constituit punctul de plecare al acelor perspective constituţionaliste care puneau accentul pe rolul glandelor endocrine în modelarea temperamentului (Parhon 1900; L. Levi, N. Pende etc.). În 1933, Hoskins afirma că tot ceea ce face din om, *un om* - pe plan fizic, sufletesc, emoţional sau sexual, se datorează, în cea mai mare parte, glandelor endocrine. În 1953, L. Lurie susţinea că tulburările endocrine sunt o cauză (care nu poate fi neglijată) a delicvenţei infantile! După 20 de ani, experienţa terapiei cu cortizon a arătat că "hormonii pot suprima chiar şi hegemonia cerebrală" (Sulman), adică pot să facă dintr-un om, *neom*. În conformitate cu acest ultim autor, organismul este o rezultantă a eredităţii şi a mediului (în "mediu" intrând şi experienţele de viaţă!), dar glandele endocrine, care influenţează profund organismul, sunt o sumă a acestor două instanţe. De fapt - gândirea endocrinologică a acordat treptat (şi pe bună dreptate) o însemnătate din ce în ce mai mare legăturilor endocrinonervoase şi neuroendocrine, în special celor care se realizează la nivelul hipotalamusului. Rolul hormonilor în adaptare şi în emoţie evidenţiază, de asemenea, "unitatea" dintre psihic, neurovegetativ şi endocrin, pusă la baza unor consideraţii de *medicină psihosomatică* de către H. Meng şi colaboratorii. În sectorul bolilor endocrine este frecventă şi uşor de urmărit legătura dintre trauma afectivă şi apariţia (sau agravarea) unei boli (basedow-ul de spaimă, amenoreea de război) etc. Fireşte, argumentele cu cea mai mare greutate vin din sexologie. Constituţia sexuală, libidoul, viaţa genitală depind hotărâtor de hormoni, iar pubertatea, climacteriul, sarcina (dar şi ciclul menstrual) se însoţesc de varaţii marcate ale vieţii psihice, uneori dincolo de limitele stării de sănătate mentală. Sferei sexuale îi vom acorda însă un subcapitol special.

Simptomele psihice din endocrinopatii sunt nu doar mai frecvente, dar şi mai *caracteristice* decât în alte boli. Manfred Bleuler a vorbit (1958) despre *psihosindromul endocrin*, având însă rezerve în ce priveşte "specificitatea" acestuia. De fapt M. Bleuler (ca şi C. I. Parhon cu 50 de ani mai devreme) a fost interesat mai mult de relaţia endocrinopatiilor cu stări psihotice - şi în acest domeniu situaţia este încă neclară. C. I. Parhon, pe baze empirice, admisese (1909) o relaţie a tireopatiilor (mai ales) cu psihozele afective (mania, melancolia). Datele clinice îndreptăţesc pe unii autori contemporani (Joel şi Sulman, 1960) să considere că *în sindromul Cushing* se găseşte prototipul unei tulburări endocrine, care se manifestă *psihotic*, de multe ori ca o psihoză *periodică* (alternanţă de euforie şi depresiune, de anxietate şi resemnare, respectiv apatie). Notăm că în hipercorticismul "spontan", ca şi în cel iatrogen (tratamente cu cortizon) întâlnim câteodată confuzie mentală, halucinaţie, amnezie; s-au comunicat cazuri de sinucidere. În mixedem, stările depresive sunt frecvente, stările manice - excepţionale; dar se pot întâlni sindrome discordante şi deliruri halucinatorii. Este interesant să menţionăm şi aici că teoriile recente, cibernetice, asupra genezei periodicităţii în psihoza maniaco-depresivă incriminează cuplul hipofiză-tiroidă (Danzieger, C. Bălăceanu ş.a.).

Dacă nu există efecte psihologice specifice ale hormonilor, există în schimb efecte ce apar cu mare frecvenţă. Efectele depind de constituţie, predispoziţie, situaţie, *personalitate*. Tulburările endocrine clinice sunt, de obicei, complexe şi pluriglandulare - fapt care îngreunează stabilirea unor corelaţii clare. Legătura hormonilor cu viaţa afectivă şi cu viaţa instinctuală, reală şi importantă, este şi ea lipsită de liniaritate şi de specificitate.

Modelul fiziopatologic care a dominat timp de două decenii patologia psihosomatică şi corticoviscerală a endocrinopatiilor a fost *sindromul general de adaptare* "elaborat" de H. Selye din 1946. În axul acestei reacţii endocrine comune multor agresiuni (reacţia "banală" la *stress)* a stat corelaţia hipofiză-suprarenală, cu insistenţă asupra corticosuprarenalelor, fără a neglija însă şi catecolaminele. Completări şi corectări la modelul lui Seyle au introdus în model şi în alte organe endocrine: tiroida, pineala, pancreasul, gonadele - vorbindu-se din ce în ce mai mult de *solicitare* endocrină - şi din ce în ce mai puţin de reacţii *nespecifice* sau de "deraieri" ale reacţiei hipotalamohipofizare. În ultimul deceniu, o restructurare a concepţiilor

noastre este impusă de situarea în primele rânduri a unor reacţii imunologice, boala Basedow clasică fiind atribuită unui factor de stimulare de natura anticorpilor. Corelaţia psihosomatică se deplasează, astfel, într-un domeniu vecin cu cel al reacţiilor alergice.

De mare însemnătate teoretică şi practică rămâne însă relaţia dintre *tulburările endocrine şi cele nervoase*. În accepţia corticoviscerală a nevrozelor, dereglarea relaţiilor funcţionale corticoviscerale, indiferent de cauză, este capabilă de a duce la o tulburare patologică a secreţiei endocrine, indiferent prin ce mecanism. În acest sens, s-a elaborat teoria patogeniei unice şi a evoluţiei în stadii a hipertiroidismului - în care stadiul nevrotic este considerat a fi stadiul iniţial (obligator). În accepţia psihosomatică a nevrozelor, "nucleul" tulburărilor este un conflict psihic, astfel încât terapia endocrină (hormonală şi antihormonală) nu poate rezolva problemele (H. Meng).

La nivelul psihofiziologic, hormonii produc modificări ale funcţiilor psihice "elementare", care pot fi explicate prin acţiunea lor asupra metabolismului nervos, asupra echilibrului ionic (de care depinde excitabilitatea nervoasă), asupra cronaxiei etc. Dependenţa *dezvoltării* sistemului nervos central de o bună impregnare tiroidiană este bine cunoscută. În aceeaşi categorie de influenţe, intră hiperemotivitatea, anxietatea (uneori fobică) şi labilitatea hipertiroidienilor (explicată, după Danielopolu, printr-o amfotonie); labilitatea, hiperexcibilitatea, spasticitatea şi anxietatea tetanicilor hipoparatiroidieni (şi apatia hiperparatiroidienilor); stările crepusculare şi de inconştienţă din hiperinsulinism (cu hipoglicemie). Sistemul nervos este alcătuit din "organe-ţintă" pentru hormoni, în sensul biochimic al acestui cuvânt (există un tropism pentru creier al multor hormoni).

Cercetările efectuate de Milcu, Demetrescu şi Catargi au evidenţiat rolul impregnării (sau lipsei de impregnare hormonală) a hipotalamusului în geneza unor stări de tip nevrotic.

Probleme particulare privind corelaţia psihoendocrină sunt puse de pseudosarcină (amenoree), de obezitate (cu coeficient endocrin variabil), de caşexia hipofizară (boala Simmonds). În ultimul caz, este dificil diagnosticul diferenţial cu anorexia nervoasă, existând şi faze de trecere între ele. În boala Simmonds, evoluţia se însoţeşte frecvent de cazuri psihiatrice tipice, "didactice", pornind de la "lene", apatie şi indiferenţă, trecând prin mutism şi amnezie, până la depresiune, halucinaţii, deliruri acute şi psihoze cronice. Anorexia nervoasă a fost considerată ca o problemă de mare valoare euristică, în medicina psihosomatică; H. Meng a privit-o ca o "psihoză de organ". Prin acest ultim termen - care nu are o acceptare largă - se înţeleg afectări ale organelor (mai ales digestive şi endocrine, adică a celor implicate în pulsiuni instinctive şi în emoţie), consecutive unor tulburări grave conflictuale ale persoanei. Modificările funcţionale sunt adesea calitative: organul nu este numai inhibat, epuizat, meiopragic; nu este numai "obiect" (loc de lichidare a conflictelor), ci "subiect" (*ego*-ul este primitiv bolnav). Regresiunea acestor bolnavi este mai mare decât la nevrotici; eul se depărtează de lumea exterioară; se produce o depersonalizare (cu neclaritatea limitelor dintre eu şi lume); apar reacţii paranoide. Se remarcă şi o atenuare a durerilor (dar totodată şi o lipsă a tendinţelor masochiste).

Este de notat că, după H. Meng, psihoterapia poate fi utilă în endocrinopatii, iar endocrinoterapia poate fi utilă în nevroze şi psihoze – multe boli neuropsihice având infrastructuri sau asocieri de boli "organice", multe boli viscerale având suprastructuri (supraetajări) psihologice. Pe de altă parte, dezechilibrul endocrin "dezechilibrează" şi instanţele psihice, homeostatice şi adaptative ale persoanei. Conflicte latente pot deveni manifeste; endocrinopatia poate (re)actualiza o nevroză.

C. I. Parhon a descris nevroze compulsionale în hipertiroidism, dar a căutat o explicaţie simplă, endocrinocerebrală şi "actualistă" a acestora (relaţie cauză-efect, făcând abstracţie de trecutul bolnavului şi de psihologia sa abisală). În sfârşit (H. Meng), unele *efecte psihoterapeutice* intră în cadrul "sindromului de adaptare" descris de H. Selye, care are o însemnată componentă endocrină (nu numai hipofizocorticosuprarenală).

Nu trebuie să uităm că multe endocrinopatii schimbă înfăţişarea corporală, ceea ce constituie o sursă de îngrijorare sau nemulţumire, uneori o adevărată dramă.

În finalul acestui subcapitol, trebuie să recunoaştem că explorările efectuate de psihosomaticieni pentru conturarea unor personalităţi-tip predispuse la unele endocrinopatii, nu au dus la rezultate mulţumitoare. Viitorul hipertiroidian ar fi o persoană având nevoie de o dragoste de nivel superior celeia pe care o obţine sau o poate obţine; "răspunsul la frustrare ar fi masiv şi arhaic, de natură agresivă, traducând o dorinţă inconştientă de moarte; reînvierea acestor fantasme, mai ales în vis, dă loc la sentimente intense de anxietate şi de culpabilitate". După alţii, o identificare precoce cu un rol matern depăşind posibilităţile psihologice ale subiectului, "duce la o luptă persistentă împotriva anxietăţii cu atitudini de pseudomaturitate şi mai ales cu apărări (teamă de moarte sau de sufocaţie), antrenând o nevoie compulsivă de a întreţine activităţile cele mai temute". Lucrările acestea aparţin lui Ham, Alexander şi Carmichael (1951), lui Mandelbrote şi Wittkower (1955). Lidz (1949) a descris o "tendinţă impulsivă la sarcini repetate". Mai concrete ni se par constatările lui Flagg şi colab. (1965), care au constatat răspunsuri tiroidiene şi neurovegetative mai puternice şi mai prompte la prezentarea unor filme stressante.

Diabetul zaharat cunoaşte factori emoţionali declanşatori şi factori emoţionali de influenţare a evoluţiei. Dinamica inconştientă a diabeticilor este modulată prin relaţiile sale cu alimentele: obiectul-aliment fiind totodată dorit şi temut (Luminet). Diabeticul are puternice tendinţe incorporative, cu tonalitate sadică-orală (Alexander): fixaţiuni sau regresiuni secundare bolii? De aici este numai un pas prin a afirma că "foamea diabeticului este o foame de dragoste maternă".

Personalitatea diabeticului *tânăr* a fost, în adevăr, examinată mai ales din perspectiva relaţiilor sale cu mama (Brusch, 1949). Impresia cititorului este că tipurile de relaţii influenţează, *printre altele*, şi controlul satisfăcător al diabetului. Mai interesante ni se par speculaţiile privind folosirea secundară a bolii drept suicid potenţial permanent. Complicaţiile diabetului apar (Stearns şi Boston, 1959) ca un fel de echivalente suicidare, prin pasivitate, bolnavul simţind agravarea simptomelor dar abţinându-se să le combată.

Hormonii nu pot *matura* personalitatea unui bolnav sufleteşte imatur (M. Bleuler, Benedetti). Ei nu pot introduce, de exemplu, o "omenie veritabilă" în cadrul eroticii; de obicei, androgenii nu sunt în stare să reorienteze libidoul deviat al unui homosexual.

Afecţiunile sferei genitale

Afecţiunile sferei genitale au un puternic răsunet emoţional din cauza implicaţiilor precoce şi profunde ale personalităţii în dezvoltarea pulsiunii sexuale (şi a tendinţelor libidinale în general). Detaliile anatomice şi funcţionale ale aparatului sexual, amănuntele vieţii sexuale, au conotaţii simbolice şi interpretări socioculturale. Există o întreagă "mitologie populară", care se cere demistificată de către medicul consultant (Luminet, 1973). Viaţa sexuală, avortul, sterilitatea, naşterea - au fost subiecte de monografii ample, la care este trimis cititorul pentru informarea corespunzătoare. Nu trebuie să uităm că viaţa sexuală este supusă la reglementări sociale, morale, juridice - cu *tabu*-uri: consecinţele acestor reglementări asupra sănătăţii mentale şi fericirii au constituit materialul larg exploatat de către psihanaliză. Invers, repercusiunile stării psihologice şi nervoase asupra sferei genitale sunt numeroase, ample şi fine. Impotenţa, frigiditatea, dispareunia nu sunt însă capitole de psihologie medicală *stricto sensu*. Tulburările de sexualitate ale organismului (care au la bază anomalii cromozomiale, endocrinopatii genitale sau endocrinopatii banale) afectează în schimb atitudinea persoanei faţă de propriul corp şi pot constitui motivaţia unui apel la medic, chiar dacă nu există o suferinţă de tip organic: pentru raţiuni de ordin estetic sau - *in extremis* - pentru o corectare somatică a caracterelor sexuale (heterosexuale) nedorite. Numeroase tulburări endocrine "psihosomatice" afectează (probabil prin mijlocirea hipotalamusului) sfera genitalităţii. De exemplu, virilismul se însoţeşte de nesiguranţă de sine, de complexe de inferioritate, de fugă de lume, de depresiune şi de frigiditate. Prin compensare (?) se poate ajunge la homosexualitate şi la psihoze paranoide. S-au mai descris: agresivitate şi aversiuni pentru bărbaţi, astenie,

"istero-neurastenie", halucinaţii, crize epileptiforme etc. Rădăcina tuturor acestor modificări psihice rezidă probabil în incertitudinea pacientei, care nu ştie dacă trebuie să se numere mai departe printre reprezentantele sexului feminin sau să rupă cu trecutul şi să se considere o fiinţă masculină.

Nu este lipsit de interes să amintim că, în perioadă iniţială a cercetărilor sale psihanalitice, când era pătruns de spirit fiziologist, S. Freud a asemănat tulburările date de desfăşurarea anormală a vieţii sexual-genitale (ex. abstinenţa) cu autointoxicaţiile. Până în ultimul deceniu al activităţii sale, Freud a susţinut (impresionat şi de succesele endocrinologiei) că psihoterapia este numai o soluţie actuală (momentană, de moment istoric) a unor cazuri, care în viitor vor fi susceptibile de un tratament "biologic" (de exemplu hormonal).

Alergiile

Alergiile fac parte din grupa afecţiunilor imunologice. Se ştie azi - pe bază de documente clinice şi de cercetări experimentale - că reacţiile imunitare pot fi influenţate (modulate) de către factori nervoşi. În particular, factori psihici (nu numai emoţionali, ci şi de "reprezentare" sau identici) pot declanşa o criză. Este citată observaţia lui Mackenzie care a provocat, la o pacientă alergică faţă de trandafiri, un acces de astm, prezentându-i un trandafir de hârtie. Există condiţionări ale crizelor de astm şi stări emoţionale particulare, care introduc anumiţi pacienţi în criză: anxietate, o stare de mânie trăită într-o stare de excitaţie difuză (F. Deutsch, P. Knapp). Autorii de inspiraţie psihanalitică analoghează astmul bronşic cu un strigăt inhibat. Explorarea personalităţii alergicilor a relevat conflicte fundamentale în toate stadiile de evoluţie: oral, anal, genital. Conflictele inconştiente se pot manifesta *alternativ* ca tulburări alergice *sau* ca tulburări psihiatrice. S-a mai subliniat "sărăcia proceselor intermediare ale elaborării anxietăţii", iar P. Marty (1957) a susţinut o relaţie specială obiectuală, având drept nucleu o identificare nereuşită cu obiectul "dorit".

Psihologia cardiacului

Vom lua în considerare, mai întâi, *rolul cardiopatiei şi al circulaţiei defectuase* (a procesului organic sau funcţional) în determinarea tulburărilor psihice (de însoţire sau care complică boala). De mare importanţă sunt tulburările hemodinamice. O hipotensiune cerebrală, un spasm sau o scleroză a arterelor ce irigă creierul - prin încetinirea circulaţiei - pot duce la simptome foarte variate, depinzând de eredi-tatea şi de temperamentul bolnavului. Variaţiile tensionale se repercutează (după Abély, Assailly şi Laine) mai ales în sfera afectivă. Cu peste un secol în urmă, Bouillaud vorbea despre o *folie cardiaque*.

În *insuficienţa aortică*, denivelările de tensiune arterială se reflectă prin oscilaţii ale diferiţilor parametri ai vieţii mentale (Laubry), cazul lui Alfred de Musset fiind considerat un caz foarte ilustrativ. Dar denivelările pot provoca o "iritaţie" a celulelor nervoase, capabilă să trezească o psihoză, latentă până atunci. După Kanatsoulis, la insuficientul aortic se constată alternanţe între faze de activitate inspirată şi debordantă şi faze de descurajare, de inerţie, de desperare. Alţi autori menţionează că aorticii sunt "erotici, capricioşi, uneori cu tendinţe paranoide".

Mitralul este, de obicei, trist şi sumbru (Corvisart), taciturn, depresiv (până la tentative de sinucidere) şi (deseori) cu idei de percuţie. Alţi autori descriu o deosebită sensibilitate la traume psihice, trăsături isterice sau psihastenice.

În *bolile congenitale cianogene*, copiii sunt apatici, fatigabili, lenţi, somnolenţi - poate ca urmare a vasodilataţiei cerebrale datorită hipercapniei (Bouckaert şi Jourdan). Modificările psihopatologice se întâlnesc în cel puţin 25% din cazuri (Gruhle), uneori sub formă de debilitate mentală.

În *hipotensiunea arterială* sunt caracteristice oboseala, emotivitatea exagerată, cu lipotimii şi sincope. Nu rareori în hipotensiunile "idiopatice" întâlnim hipocalcemie şi alcaloză, care contribuie la starea de "neurastenie" şi de anxietate. S-au descris deliruri de origine circulatorie, însoţite de hipotensiune arterială.

În *arterioscleroză* avem de luat în cosiderare mai ales manifestările progresive şi lente de arterioscleroză cerebrală. În timp ce funcţiile intelectuale sunt din ce în ce mai deficitare, particularităţile personale se intensifică şi devin "caricaturale". Impresia şi teama de agravare şi izolare determină modificări caracteriale cu aspecte de iritabilitate, grandomanie, avariţie: "când Harpagon nu-şi mai găseşte caseta, trebuie să ne temem de soarta arterelor sale cerebrale" (Laubry). Mizantropia şi delirul de persecuţie sunt frecvente.

În *cordul pulmonar* s-au descris astenie, stări anxios-depresive (uneori paroxistice), inerţie şi apatie (mai ales la introvertiţi). Nu sunt excluse, dar par paradoxale, ore de euforie (legate, în special, de fenomene de hipoxie).

În *insuficienţa cardiacă,* cointeresarea psihică este masivă în formele grave; dar ea face parte dintre simptome (stări confuzionale şi halucinatorii, agitaţie, anxietate, idei delirante) (Ewald). Fondul anxios-depresiv este propice pentru apariţia unor idei interpretative şi de persecuţie. Este bine cunoscută angoasa şi senzaţia de moarte iminentă a *anginosului.*

*

Deşi omul ţine la toate organele sale, se pare că de *inimă* se simte cel mai legat. De aceea, boala de inimă îi provoacă cele mai mari nelinişti. Ea transformă omul normal într-o fiinţă specială cu mentalitate proprie, iar ideea că inima *sa,* "organul cel mai important al economiei" este în pericol, îi creează în nenumărate ocazii o stare psihică particulară. Există un "mit al inimii" iar puterea acestui mit s-a evidenţiat cu ocazia primelor grefe de inimă, care au stârnit senzaţie şi au suscitat dezbateri numeroase.

Importanţa reală a cordului, dar şi haloul emoţional ce însoţeşte "inima", explică marea frecvenţă a nosofobiilor din sectorul cardiac. Pe de altă parte, repercusiunile stărilor emoţionale asupra cordului sunt o observaţie empirică multimilenară. Nosofobia şi ipohondria ce au obiect cordul se susţin şi prin constatarea epidemiologică după care mortalitatea prin boli cardivasculare tinde să ocupe primul loc, pe

măsură ce se dezvoltă civilizaţia tehnică şi urbană. Cercetările recente au confirmat nocivitatea *stress*-ului asupra coronarelor, legătura între factorii afectivi şi tulburările de ritm ale inimii, capacitatea unui *stress* de a declanşa fibrilaţii ventriculare pe un cord predispus etc. O entitate mult discutată este aşa-zisă *nevroză cardiacă* - după unii autori, manifestare a unei nevroze generale (sau chiar a unei psihoze depresive). Dar - după cum sugeram în alt capitol - orice tulburare cardiacă se poate complica cu un *coeficient* nevrotic (psihizarea afecţiunii somatice). "Personalitatea" bolnavului cu tulburări cardio-vasculare din sfera fiziopatologicului este frecvent o "personalitate" *anormală.* În *tahicardia paroxistică,* se întâlneşte tipul isteroid (cu imaturitate emoţională, intoleranţă la frustraţii, exigenţe afective exagerate, slăbiciunea autocontrolului, extraversiune şi tendinţă la dramatizare, intensificarea vieţii imaginare până la mitomanie). Bolnavul îşi utilizează boala pentru a-şi influenţa şi a-şi manevra anturajul. Se poate întâlni şi tipul obsesional, (cu introversiune, ambivalenţă afectivă, perfecţionism, sentimente de culpabilitate şi tendinţe auto-agresive). Tipul obsesional-compulsiv a mai fost întâlnit printre anginoşi şi printre cei bolnavi de infarct (Dunbar, Forsman şi Lindegard, White, Jouve). Pentru portretul *coronanienilor,* Fl. Dunbar a propus o formulă rămasă celebră: "forţă aparentă şi extremă fragilitate a apărărilor". Ambiţie, muncă fără repaus, tendinţă la autotarism şi la acaparare personală a unor responsabilităţi sociale - iată trăsături ale acestui portret. După Arlow (1945), ar fi vorba de dificultăţi în identificarea cu imaginea paternă, ca şi sentimentul unei uzurpări riscând a fi demascată. După Marty şi Navaronne (1962), ar fi vorba doar de ambiţia de a atinge un nivel socioeconomic superior celui al tatălui - dar ameninţat în permanenţă. La *hipertensivi,* Dunbar, Alexander ş.a. descoperă o stare de tensiune psihologică cronică şi o incapacitate de liberă exteriorizare a pulsiunilor agresive.

Din punctul de vedere al tipului de activitate nervoasă superioară, bolnavii de nevroză cardiacă sunt mai ales de tip slab inhibabil şi de tip excitabil dezechilibrat (Enescu); numai un sfert dintre ei aparţin tipurilor extreme, artistic şi gânditor. După Hackel, 80% dintre hipertensivi aparţin tipului slab; când hipertensiunea afectează

persoane aparţinând tipului puternic, găsim aproape întotdeauna o scădere a capacităţii funcţionale a scoarţei prin influenţe defavorabile de mediu extern (surmenaj, suprasolicitare etc.). Desigur, indivizii răspund somatic la evenimentele cu răsunet emoţional în funcţie de tipul de activitate nervoasă superioară.

V.v. Weizsäcker (1938) a căutat să găsească semnificaţii *simbolice* pentru unele afecţiuni şi accidente cardiace. Tulburările de ritm ar corespunde tensiunii afective, decompensarea ar corespunde unui efort de voinţă care cedează, tulburările de angor ar exprima "uzura personalităţii", tromboza şi infarctul ar corespunde epuizării, deprimării (ultima etapă a vieţii către moarte).

"Psihizarea" bolii cardiace este frecventă, deoarece neliniştea dată de boală se împleteşte cu numeroase restricţii în ce priveşte viaţa cotidiană (interdicţii privind mişcarea, alimentaţia şi sexualitatea, necesitatea de a schimba profesiunea etc.). Sentimentul de devalorizare poate fi acut - cu "crize de nervi" şi crize sufleteşti care agravează starea obiectivă. Restricţiile impuse duc - prin acest mecanism - la un rezultat opus celui scontat. Pentru a obţine colaborarea disciplinată a bolnavului este necesar, nu numai să le permitem un minimum de activitate şi să evităm regimurile rigide şi draconice, dar şi să-i educăm progresiv spre o viaţă activă, dar ordonată. Exerciţiile fizice bine controlate constituie azi formula unei profilaxii şi terapeutici dinamice extrem de eficace.

Asistolocii imobilizaţi în pat devin cu uşurinţă ipohondrici, obsedaţi, melancolici - în lipsa unei susţineri morale, unei înţelegeri profunde şi răbdătoare a medicilor. În orice caz, trebuie evitată orice expunere a adevărurilor crude şi trebuie menţinută speranţa.

*

Cercetările clinice din anii recenţi par să aducă unele clarificări şi sistematizări în domeniul relaţiilor psihosomatice ce duc la (sau însoţesc) tulburările cardiovasculare.

Hormonologia şi biochimia *stress*-ului fac să intervină toţi mediatorii "clasici" ai transmisiei nervoase (adrenalină, noradrenalină,

acetilcolină, serotonină, acidul gamma-aminobutiric), de asemenea hormonii tiroidieni, hipofizari, corticosuprarenali, pineali, ca şi peptide nevraxiale (endorfine, enkefaline, liberine hipotalamice, aşa-zişi hormoni neurohipofizari, ACTH şi fragmente ale sale), angiotensine, acizii graşi nesaturaţi, prostaglendine.

Se deosebesc net stările de solicitare adaptativă de cele care sunt neadecvate ori îşi depăşesc măsura; aşa cum frica se diferenţează de anxietate, este util să nu facem confuzii între eu-*stress* şi dis-*stress*.

În cadrul sindromelor de interes psihosomatic, care sunt etichetate diferit în cărţile de psihiatrie şi de medicină internă, este necesar să deosebim cel puţin trei categorii patogenice:

a) sindromul "cordului iritabil" (Da Costa, 1971), corespunzător tipului de disfuncţie vegetativă constituţională (Tsutsui, 1981);

b) tipul nevrotic;

c) tipul de depresiune mascată. Primul tip beneficiază de stabilizatori neurovegetativi (de felul Distonocalmului), de DH ergotamină, de beta-blocanţi şi de *training* autogen; al doilea, de agenţi anxiolitici (Diazepam) ca şi de *training* autogen; al treilea de medicaţie antidepresivă (ca Imipramina). Tipurile b) şi c) au implicaţii psihosomatice evidente (spre deosebire de tipul a).

Se pune mare speranţă în identificarea unui *stil de viaţă* care reprezintă un factor major de risc în bolile coronariene şi în hipertensiune: *tipul A* descris de M. Freidman şi R. H. Rosmenmann. Este vorba de oameni activi, competitivi, impulsivi, doritori de a obţine poziţii ambiţioase, pentru care timpul este întotdeauna prea scurt. Producţia de catecolamine joacă un rol esenţial în determinismul leziunilor (şi eventual al morţii subite). Prin opoziţie se descrie un tip de comportament B. Tipul A poate fi modificat mai curând de o "terapie cognitivă" decât prin menajarea faţă de *stress*. Tipul A este atât de frecvent în societatea occidentală încât s-a vorbit despre o "cale occidentală spre moarte" (M. Carruthers, 1980).

Vechea dihotomie din sistemul nervos vegetativ îşi menţine valoarea orientativă. După Carruthers, următorul tabel poate fi reţinut cu folos:

Factori neurovegetativi ai bolilor cardiovasculare

	Dominantă simpatică	Dominantă parasimpatică
factori favorizanţi	stress (emoţional, fizic, termic) chirurgie tabagism	antrenament fizic antrenament mental training autogen somn
efecte metabolice	catabolice	anabolice
testosteron şi insulină	–	+
activitate fibrinolitică	–	+
catecolamine şi corticosteroizi	+	–
lipide, glucoză şi acid uric	+	–
frecvenţă cardiacă şi tensiune arterială	+	–
semne şi simptome de hipoxie tisulară (de ex. angor, dureri în extremităţi, subdenivelare ST-T)	+	–

Având în vedere implicarea cvasiconstantă a sistemului nervos vegetativ în reacţiile adaptative curente, etichetate de "sistem nervos autonom" propusă de Langley, este privită ca desuetă. Dimpotrivă, afirmă unii, ar fi bine ca, prin măsuri adecvate, participarea sa să devină cât mai discretă la solicitările psihosociale.

Există o oarecare tendinţă de a subestima participarea vagului în reacţiile psihosomatice. Supraactivarea vagală însoţită de tensiune arterială foarte scăzută, cum ar fi aceea indusă prin practicile magice (*voodoo* în Haiti) (Carruthers), moartea "în scaunul dentistului" (Taggart) sunt atribuite vagului. Nu trebuie să uităm că excitaţia

vagală este capabilă să inducă aritmii. În durere, dominanţa este vagală în ciuda faptului că nivelul plasmatic al catecolaminelor este foarte ridicat - condiţie favorabilă aritmiilor prin reintrare.

S-a demonstrat, prin studii epidemiologice şi clinice, că emoţiile însoţite de fenomene simpaticotonice sunt mai primejdioase la pacienţii cu cardiopatie ischemică, beta-blocanţii fiind indicaţi acolo unde aritmiile şi palpitaţiile domină scena.

La pacienţii la care simptomele dominante sunt durerea şi opresiunea (componente ale unui sindrom depresiv), preferinţa merge către tranchilizanţii minori (H. Simon); eficace sunt şi placebo-urile (Netter, 1977), posibil prin eliberare de endorfine (Levine şi colab., 1978).

Fibrilaţia ventriculară poate fi declanşată la deşteptarea din somn prin stimuli auditivi (Wellens şi colab., 1972). Este de reţinut experimentul prin care, la câini cu coronarele ligaturate, injecţia de morfină poate preveni moartea prin fibrilaţie ventriculară.

Reacţiile psihologice la infarct şi în perioada de după infarct au fost studiate de M. Kazemier (1980). O problemă esenţială a reabilitării este restabilirea "stimei faţă de propriul corp" precum şi eliminarea simptomelor ca: prezenţa anxietăţii; depresiune; reacţii isteriforme; forme obsesive; abuzul de medicamente; starea de dependenţă faţă de medic; tulburări de comportament (reacţii explozive etc.); dificultăţi de readaptarea la muncă. În antecedentele pacienţilor, se constată frecvent o încercare de compensare a scăderii vitalităţii printr-o "accelerare emoţională" adică prin creşterea tensiunii afective. Stilul de viaţă cu risc major este tipul A. De altfel, el are corelaţii semnificative cu reacţiile fobice.

Repercusiuni psihice (somatopsihice) tipice au fost descrise şi în cazuri de *stress* particular (de exemplu, la schimbări climatice, spre un "mediu" torid). Aici se cer deosebite trei sindroame:

a) de epuizare suprarenală (mai ales adrenergică);
b) de hipertiroidism;
c) de disfuncţie (cu exces) a sistemului serotoninic.

Accidentele cerebrale acute

Uneori, factorii organici (cu repercusiuni directe, nemijlocite, asupra funcţiilor psihice) şi factorii psihologici reactivi se intrică intim; o astfel de situaţie se întâlneşte în leziunile cerebrale. Ea îmbracă deseori aspectul de cerc vicios, constituind adevărate "bariere mentale" în calea vindecării sau a reabilitării. Cele întâlnite în urma hemoragiilor cerebrale, răspunzătoare de un mare procent de invalidităţi, au fost sistematizate după cum urmează:

obiective	*bariere mentale în calea vindecării*
şedere	1. defecte de înţelegere
↓	2. neglijarea membrelor hemiparetice
ridicarea din pat	3. negarea bolii
	4. tulburarea imaginii corporale
	5. "orbirea spaţială"
	6. apraxie
↓	7. perseveraţie motrice
mers	8. pierderea memoriei pentru evenimente imediate
↓	9. mişcări în "oglindă" şi alte mişcări sincinetice
grijă de sine	10. pierderea încrederii
	11. depresiune adevărată
	12. neatenţie
↓	13. *"don't want to do it"* (lipsă de interes)
utilizare socială	14. reacţii catastrofice

Acestea sunt manifestări întâlnite la pacienţii cu conştiinţa clară, fără o afectare intelectuală severă, cu funcţii senzoriale adecvate şi cu o bună coordonare. Prin "neglijare", se înţelege aici neutralizarea membrelor hemiplegice în ciuda unei bune reveniri a forţei şi a sen-

zaţiilor de mişcare; este un fenomen distinct de absenţa conştiinţei bolii (anosognozie) ca şi de "negarea" apartenenţei membrelor paralizate la persoana celui bolnav. Cât despre "reacţiile catastrofice" (Goldstein), ele diferă de simpla labilitate emoţională prin aceea că pacientul susceptibil "explodează" în reacţii de furie de îndată ce este confruntat cu o situaţie pe care nu o poate domina.

Experienţa unui ictus, trăită de un medic, a prilejuit descrieri instructive. În prima săptămână a unui astfel de accident, pacientul "descoperă spitalul". Pe neaşteptate, ridicându-se de la masă pentru a se aşeza într-un fotoliu cu ziarul în mână, subiectul cade "în mod inexplicabil" pe duşumea şi este incapabil să lămurească familia speriată despre ce i s-a întâmplat. Subiectul ştie ce ar dori să spună, dar cuvintele sună straniu şi sunt ininteligibile. Cineva îl ridică şi îl culcă în pat. Un medic, cunoscut sau necunoscut, apare şi îl examinează; pe faţa acestuia se poate citi îngrijorarea. Durerea lipseşte. O bizară slăbiciune cuprinde jumătatea dreaptă a corpului. Spaima lipseşte, dar şi capacitatea de concentrare; nu-şi aminteşte ce avea de făcut în după-amiaza respectivă. Groaza apare abia atunci când subiectul constată că din cuvintele pe care medicul le adresează familiei foarte puţine au - pentru el - un înţeles. Soţia începe să se poarte cu dânsul ca şi cu un copil. Anturajul i se adresează cu vorbe liniştitoare, dar rostite răspicat şi puternic, ca unui surd. O ambulanţă îl transportă la spital. Acolo constată marea dificultate de a se face înţeles. Jumătate de oră trece până când sora pricepe că are nevoie de ploscă. Trebuie să suporte cateterismul uretral. I se pare că nimeni nu se sinchiseşte de faptul că zace într-o poziţie incomodă. Caznele la care este supus un afazic sunt numai în parte descriptibile; este tratat aproape ca un idiot, atunci când nu este pur şi simplu ignorat; este ajutat să facă gesturi de care ar fi capabil singur şi i se cer mişcări imposibile; este ţinut la pat cu stricteţe, deşi ar dori să umble etc.

În cel mai bun caz, după o săptămână, bolnavul poate fi transferat într-un centru de reeducare. Frecvent, bolnavul crede atunci că a fost părăsit de familie sau că a fost încredinţat unei îngrijiri mai sumare, din motive de economie. Suspiciunea este chinuitoare. Mai chinuitoare este însă constatarea că a devenit o "epavă", că centrul

este populat cu infirmi asemănători sieşi: întâlneşte parkinsonieri cu palidotomie şi foarte mulţi apoplectici. I se dezvăluie toate mizeriile asociate şi care trebuie progresiv şi răbdător suprimate: infecţia urinară, lenea intestinală. S-ar putea continua cu descrierea aspectelor subiective ale reeeducării motorii şi logopedice, ale redobândirii autocontrolului, ale reîncadrării în viaţa de familie şactivitatea socio-profesională. Urmărirea acestor aspecte este foarte instructivă pentru specialist şi-i permite să-şi reconsidere poziţia faţă de bolnavi. Rolul medicului nu se mai identifică cu cel de vindecător (pentru că numai în unele cazuri reuşeşte să vindece boala); el trebuie să fie un om care are o *grijă* plină de compasiune şi responsabilitate pentru fiinţa umană tulburată, chinuită, suferindă, frământată.

Psihologia tuberculosului

Tuberculoza pulmonară poate fi trecută printre acele boli care caracterizează o epocă social-istorică tot atât de bine ca şi o operă culturală reprezentativă. Tuberculoza (TBC) este o boală care se pretează la o analiză complexă a legăturilor destinului său cu cultura, cu civilizaţia, cu condiţiile social economice, cu dezvoltarea ştiinţei. Epopeea TBC reprezintă un document cutremurător al dramei umane. TBC a contribuit esenţial la viziunea întunecată a veacurilor de neştiinţă şi de exploatare, despre viaţa "de aici" ca despre o "vale a plângerii" sau ca despre un purgatoriu. Ftizia hemoptoică, morbul Pott, meningita incurabilă - au constituit teme artistice tipice în secolul al XIX-lea (mai ales în romantismul târziu). Ftiziei i-a căzut victimă chiar întemeietorul ftiziologiei moderne, Laënnec. În lumea creatorilor de cultură, TBC este un reflex al răspândirii ubicuitare, de masă, a acestei boli (faţă de care arta medicală era, pe atunci, dezarmată), această răspândire fiind un reflex al mizeriei legată de urbanizare, de industrializare, de capitalism. Istoria ultimului veac poate fi considerată şi ca o istorie a mersului neabătut al medicinii spre dominarea flagelului. Poate că TBC este una dintre bolile care şi-au schimbat cel mai mult *statutul psihologic* în ultimele decenii.

Ftiziologii clasici atribuiau factorilor psihici, o însemnătate deosebită (câteodată decisivă) în apariţia şi desfăşurarea bolii. Dacă bolnavii prezentau frecvent o comportare psihică particulară, acest lucru era atribuit mai puţin influenţei specifice a toxinelor TBC, cât acţiunii globale a bolii, care *întotdeauna* înseamnă o imixtiune gravă în viaţa personală şi profesională a pacientului. Unii autori au insistat asupra *complexului psihologic* al debutului TBC (impregnarea TBC), cu simptome de iritabilitate, astenie şi depresiune; alţii asupra *psihologiei vieţii sanatoriale* (Th. Mann, în romanul *Muntele vrăjit).* Caracterul de contagiozitate duce la interdicţii traumatizante la cei nespitalizaţi (interdicţia de a-şi săruta copiii, obligaţia de a bea şi de a mânca cu aceleaşi tacâmuri) etc. În serviciile de specialitate, o influenţă negativă o are asistarea la progresiunea bolii celorlalţi (inclusiv la moarte), cu nesiguranţa zilei de mâine. În vechile sanatorii, se ajungea la indiferenţă, la cinism, chiar la perversiune morală (dorinţa de a contamina pe alţii).

O temă explorată literar, dramatic şi chiar muzical a fost *euforia* premortală. Complicaţiile terminale sunt mai curând penibile sau dureroase (TBC laringiană, TBC renală etc.).

Psihozele sunt extrem de rare la ftiziile grave de organ; dar în ospicii, mulţi bolnavi mureau din cauza TBC (Liebermeister, 1934).

După o părere larg răspândită, *erotica* ar fi exacerbată la bolnavii de tuberculoză. Această părere este discutabilă; în orice caz, alături de influenţa TBC contează (determinant!) ansamblul condiţiilor de viaţă.

Medicii tuberculoşi se orientează frecvent spre ftiziologie, bacteriologie, cercetare ştiinţifică. N. Bethune, salvat de la moartea de TBC graţie intervenţiilor chirurgicale, s-a făcut un propagator neobosit al chirurgiei toracice.

Documente preţioase pentru psihologia TBC sunt unele *opere literare* sau cvasiliterare, cum sunt unele scrieri de Chateaubriand, A. de Musset, romanul amintit *Muntele vrăjit (Zauberberg)* al lui Th. Mann, jurnalul K. Mansfield, cărţile chirurgilor A. Majocchi *(În serviciul bisturiului)* şi N. Bethune *(Medic pe trei continente)* etc. Printre ultimele lucrări apărute în această serie menţionăm jurnalul

unui bolnav evoluând în epoca actuală, a chimioterapiei şi a antibioterapiei şi salvat, totuşi, abia prin aplicarea chirurgiei pulmonare (Tanco). Vom urmări - prin citate câteva dintre sitaţiile descrise cu multă sincertate în acest volum.

a) Debutul *psihologiei de bolnav:* "deoparte şi dincolo de mine, o altă lume, a contrazicerilor şi căutărilor medicale, iar eu, bolnavul, cu lumea bolnavilor şi cu toate problemele acesteia".

b) Rolul echilibrator al încurajării medicale – dar numai până în momentul în care surprinde comentarii imprudente, când sentimentul devine cel de "invidie ascuţită, chiar ură: dacă sănătatea lui (a medicului, N.V.) ar fi fost o bancnotă, nu ezitam o clipă să i-o fur".

c) Preocuparea cu boala, care duce la studiul ei din tratate, pe "ascuns".

d) Constatarea uimitoare după care bolnavii mai vechi aveau vaste cunoştinţe medicale de specialitate, folosind precis şi adecvat termeni medicali; dincolo de faza optimismului iniţial – septicismul cu privire la posibilităţile medicinii: "suntem în era atomică, iar în medicină nu se cunoaşte nimic".

e) Oscilaţie între dorinţa de "a fi lăsat în pace" de către prieteni şi rude, şi dorinţa de contact cu cei "dinafară".

f) Atitudinea discordantă faţă de tratamentele plictisitoare şi penibile: "cu toate că eram convins de necesitatea acestui tratament, întreagă fiinţă se opunea"; până la urmă, *organismul* se obişnuieşte.

g) Suspiciunea faţă de medicii care "comunică între ei, ascuns, cu intenţia de a nu fi înţeleşi de bolnavi", ducând la conflict cu *oamenii în alb* (acuzaţia că bolnavii sunt priviţi ca nişte cobai etc.) de fapt, pe baza "invidiei, dacă nu a urii, împotriva celor sănătoşi" (totuşi, prezenţa halatului alb îi dă senzaţia că ceva "se interpune între noi şi moarte, ca mama care îşi apără puii").

h) Dobândirea convingerii că "la o asemenea boală, ca să rămâi demn, trebuie să înveţi cum să mori".

i) Supraevaluarea sănătăţii: "numai sănătatea s-o am, încolo numic nu mai poftesc".

j) Lupta ascunsă între speranţă şi descurajare (cu lipsa de încredere în tratamente şi în propria persoană).

k) Impresia progresivă că - din ziua internării - între sine şi trecutul său s-a lăsat un zid, în timp ce alt zid se profilează spre viitor: "mi se părea că sunt un om fără trecut şi fără viitor";

l) Dezvoltarea unei mentalităţi superstiţioase;

m) Revenirea la un comportament docil: "mă supuneam la orice, numai să nu se producă vreo complicaţie din vina mea" - sau: "voi face tot ce mi se cere, altă cale n-am de ales";

n) Cultivarea a orice poate să însemne o legătură cu viaţa familială şi profesională, în vederea eventualităţii reintegrării în viaţă.

o) Bucuria de a vedea pe cineva externându-se ("esenţialul era faptul că plecase încă unul smuls din ghiarele morţii"), amestecată cu o doză de invidie;

p) Încercări de a "raţionaliza" (sofistic), adică de a-şi prezenta boala ca pe o superioritate; TBC este dezmierdată ("tuberoză") sănătatea face pe om "dobitoc";

q) Pentru că "nici o (altă) maladie nu este de aşa lungă durată, nu-ţi lasă mai clară şi mai limpede judecata" - fiecare bolnav îşi face o *educaţia în privinţa sfârşitului* -de unde şi încercările de a "culege clipa";

r) Dezolarea care-l cuprinde pe cel care constată că plecarea sa dintre cei sănătoşi şi activi nu a fost definitivă, că este nevoie de o reinternare: "aventura" autorului este impresionantă şi prin faptul că mersul bolii n-a fost progresiv spre vindecare (abia ajuns acasă o hemoptizie îi primejduieşte viaţa). Reîntors la spital, remarcă într-însul că o *nouă atitudine faţă de timp* înlocuieşte nerăbdarea de altă dată: "putea să dureze oricât, numai să mă vindec";

s) Încăpăţânarea cu care credea şi urma tratamentul avea şi un revers: "începeam să trăiesc cu exclusivitate pentru boală şi mă îndepărtam de orice preocupare şi problemă a vieţii mele... făceam un adevărat studiu din problemele atitudinii omului în faţa morţii";

t) Când i s-a propus exereza, apare *mila faţă de sine-însuşi* (ca faţă de altcineva) şi - prin reacţie - o încercare de evadare din spital, care a fost, de fapt, *începutul clarificării.*

T. Tanco face o amplă satiră la adresa acelora care confundă *zbuciumul sufletesc* cu *boala psihiatrică* şi pledează pentru ideea

(evidentă!) că o înţelegere prietenească a medicului este mai eficace decât o internare într-un ospiciu de nebuni! Am spus că boala face din om - *neom*, un gest simplu al medicului te poate face "să te simţi *alt om*" - sau iarăşi om, Tanco critică pe medicii în care *"omenia* lunecă spre *medicul din ei*, iar acesta spre formele administrative". Bolnavul vrea *sentimente* de prietenie, mai curând decât *compasiune!* Expunerea din capitolul în care reacţii *omeneşti, prea omeneşti*, sunt interpretate *nosografic* de către psihiatru, poate fi adusă drept argument în sprijinul tezei celor care susţin că *psihologia medicinii clinice* este altceva decât psihiatria.

Kollaritz a insistat, mai de mult, asupra faptului, că fiecare bolnav de TBC reacţionează după formula sa constituţională proprie dinainte de boală. Tuberculoza sanatoriilor ar alcătui o "comunitate" de oameni care n-au nimic sufletesc în comun, în afara dorinţei de a se însănătoşi şi de a fi liberi. Desigur, fiecare are un "şoc" la cunoaşterea diagnosticului, dar în *perioada de stare* nota dominantă este cea temperamentală. Viaţa sanatorială îşi imprimă pecetea mai ales când e monotonă, iar condiţiile materiale au o importanţă reală (S.A. Knopp, 1925). Bernstein a atras atenţia asupra influenţei medicamentelor în administrare cronică (opiacee etc.). Schächter conchidea că "psihologia tuberculosului a fost studiată din tot atâtea puncte de vedere câţi medici au încercat s-o studieze" şi că divergenţele dintre autori reflectă în mare măsură psihologia observatorilor.

*

O lucrare românească (L. Alexandrescu, S. Blumental şi I. Volosievici, 1981) rezumă o parte din literatura internaţională referitoare la problemă, ca şi concluziile unor cercetări sistematice proprii, efectuate împreună cu A. Arbore la iniţiativa profesorului ieşean N. Bumbăcescu.

Timp de milenii, TBC pulmonară a fost un flagel, în marea majoritate a cazurilor nevindecabilă, consumptivă, contagioasă, secerând mai ales tineri, la capătul unor suferinţe polimorfe, implicând adesea "sângele" (cu valoarea sa simbolică) şi întotdeauna respiraţia (de asemenea, cu valoare simbolică accentuată). Lucrurile s-au schimbat radical în era tuberculostaticelor, dar "aureola negativă" a bolii dispare mai încet; asistăm la o întârziere a prejudecăţilor faţă de modificarea opticii medicale.

Încercăm să rezumăm o parte din materialul monografiei citate.

Predispoziţia, "terenul ftiziogen" care colaborează cu bacilul Koch (conivenţa, cum o numesc unii autori), este alcătuit, din punct de vedere psihologic (la noi în ţară), din extravertiţi şi ambiverţi, tipuri care suportă mai acut evenimentele psihosociale ce-i implică. "Pasiunile triste" despre care vorbea Laënnec sunt psihotraume, *stress*-uri, drame de mai lungă durată, care se întâlnesc într-un procent semnificativ. Un procent însemnat se tratează cu întârziere, se neglijează sau mimează sănătatea - ceea ce se interpretează ca o inadaptare la boală. Cortegiul reacţiilor psihologice la boală începe cu şocul (sau subşocul) resimţit la comunicarea diagnosticului; dar încercări grele sunt şi întreruperea activităţii, obligaţia de a sta la pat, spitalizarea, schimbarea de "rol" şi statut social, obligaţia de a renunţa la proiecte şi idealuri etc.

Aceste aspecte sunt cu atât mai însemnate medical cu cât starea morală este un factor (principal?) în vindecare.

Temperamentul condiţionează patoplastia: temperamentele "excesive" duc la TBC zgomotoase, cu reacţii alergice intense. Caracterul echilibrat, atitudinile pozitive, legate de înţelepciune şi de la abţinerea de la excese, sunt o garanţie a succesului terapeutic.

La întrebarea dacă există o relaţie între TBC şi "marea psihiatrie", nu se poate răspunde hotărât deşi, cândva, schizofrenia a fost privită ca având o etiologie bacilară şi deşi se cunosc (rare?), psihoze reactive cu elemente de stupoare postşoc acut ori subacut, cu fenomene de agitaţie psihomotorie de tip discordant sau depresiv.

S-au descris şi reacţii psihotice de durată cu influenţarea dezvoltării personalităţii.

În schimb, se poate afirma că "mica psihiatrie" - mai bine zis "psihiatrie limitrofă" - cunoaşte multe cazuri cu etiologie bacilară. Bineînţeles că ele sunt, mai ales, reacţii ale personalităţii la boală, legate de interpretarea conştientă dată situaţiei.

Sindromul de inadaptare este o "reacţie psihică normală cu treceri rare în psihopatologie" (Blummenfeld). Reacţiile psihogene reactive pot apărea, nu numai la începutul bolii (în momentul în care subiectul intră în contact "cu noile coordonate ale vieţii de bolnav"), ci şi în cadrul sindromului de readaptare de la sfârşitul bolii. Ele sunt psihogenii ca şi nevrozele (termen ambiguu!); neurastenia, nevroza obsesivofobică, nevroză isterică şi stările nevrotiforme. Alături se înscriu psihopatiile, care (după cum ştim) "fac să sufere şi societatea" respectiv familia şi medicii care-i tratează. Psihopaţi sunt alcoolicii, scandalagii, recalcitranţii, instigatorii, reclamagii, necooperanţii, cei cu comportări sexuale aberante etc.

O întrebare la care răspunsul mai este căutat este dacă TBC induce schimbări specifice de personalitate. S-a afirmat (Trojanec) că TBC pulmonară nu face decât să accentueze unele trăsături de personalitate premorbide. Autorii români găsesc instabilitate, labilitate afectivă, reacţii hiperdimensionate. Sunt ele deosebite de cele induse de altă boală cronică ameninţătoare? Greu de spus. Sunt ele datorate bacilului Koch şi toxinelor sale sau pe un prim palier al medierii reflexelor pornite de la pleură la plămân, dezechilibrul neurovegetativ şi endocrin, alterărilor hepatice ori renale?

O mediere psihică uşor de acceptat priveşte egocentrismul, egofilia, egoismul, filosofia lui *carpe diem*. Th. Mann constată conexiuni între ftizic şi "desfrânare", prin această înţelegându-se atât relativizarea inhibiţiilor, cât şi apariţia unor dominante pe linia "instinctelor" alimentar şi sexual. Autorii români explorează şi aşa-numita personalitate subterană (inconştientul), inclusiv visele. Se acordă atenţie şi unor "trăsături speciale", cum sunt meditaţia, corespondenţa, jurnalul intim, realizările artistice. "Boala" şi "sănătatea" devin preocupări focale. Se schimbă sentimentul "timpului trăit". Îngrijorătoare sunt marile procente de tendinţe antisociale (ne întrebăm dacă ele pot fi legate de agresivitate?). Pe de altă parte, nu lipsesc (ocazional?) tocirea sensibilităţii, abulia, lunecarea spre credulitate (din cauza fricii?). Starea penibilă suportată generează ceea ce la figurat s-ar numi evadări: spre interior (de ex. reverii) sau spre exterior (de ex. jocuri).

Starea euforică finală, înainte de *exitus*, descrisă în plin romantism, este privită cu rezervă. În schimb, medicaţia anti-TBC este capabilă să producă o stare de *bien-être* (iproniazida inhibă monoaminooxidaza), asociată din păcate cu insomnii.

Psihologia convalescenţei

Convalescenţa este o stare în care bolnavul a trecut de momentele critice ale bolii, dar nu este complet vindecat şi integrat în viaţa socială, familială, profesională; starea de echilibru este fragilă, se pot ivi recăderi şi complicaţii sau pot persista sechele fizice *şi psihice*. Conştiinţa sănătăţii recâştigate determină uneori o stare euforică, cu revalorizarea tuturor detaliilor vieţii. Această stare sufletească a fost admirabil descrisă de scriitorul maghiar K. Frigyes, care a fost operat pentru o tumoare cerebrală de către Olivecrona.

Convalescentul *nu este încă* un om sănătos, perioada de convalescenţă fiind una "plină de nesiguranţă, în care psihicul comportă schimbări şi prezintă o mare instabilitate" (Marin Voiculescu). De aici necesitatea ca, în general, convalescenţa să fie supravegheată şi - în multe cazuri - chiar *organizată*. Convalescenţa nu înseamnă inerţie - ci dobândirea progresivă a unei atitudini dinamice, pentru a putea duce o viaţă autonomă (nedependentă), cu o bună încadrare socială. Se cere mobilizarea (prudentă, dar perseverentă) a întregii energii nervoase (şi psihice), a tuturor posibilităţilor şi a tuturor funcţiunilor. Aşadar, se cere ca repausul şi cruţarea să fie îmbinate cu antrenarea progresivă, izolarea cu o "resocializare", restricţiile igienodietetice cu libertatea, protecţia cu obişnuirea treptată la solicitările vieţii.

O atenţie specială o pretind unele cazuri, deosebite nu numai din punct de vedere medical dar şi social. De aceea, în multe ţări s-au înfiinţat servicii spitaliceşti speciale pentru convalescenţi. Hazemann a insistat pe bună dreptate asupra faptului că multe dintre acestea cer o *dotare minimă*, deci se pot realiza fără mari investiţii.

Desigur, din punctul nostru de vedere este cu totul contraindicat "stilul comportării taciturne a medicului" redus la "semnarea unor rețete enigmatice" și a unor hârtii birocratice (M. Voiculescu). Externarea este o ocazie de a lămuri și de a încuraja bolnavul, de a-i da sfaturi nestereotipate, de a pregăti sufletește (și nu numai intelectual) colaborarea cu medicul și laboratorul, colaborare care să asigure controlul însănătoșirii și desfășurării vieții după prescripțiile științifice.

Aspecte deosebite le are convalescența în bolile infecțioase, unde progresele tratamentului au schimbat considerabil situația, reducând perioada de izolare (cu toate consecințele sale psihologice) și cea de spitalizare (care poate duce la "nevroze de spital"), ridicând multe dintre restricțiile în relațiile cu oamenii sănătoși, ușurând (și din punctul de vedere al temerii de complicații) perioada finală a bolii.

Menționăm, de asemenea, aspectul contrastant dintre vechile servicii de cardiologie și spitalele de cardiologie de azi, unde întâlnești foști bolnavi de infarct efectuând progresiv exerciții fizice, alergări pe distanțe tot mai mari, ascensiuni tot mai îndelungate și mai abrupte etc. Comutarea spre "odihna activă" (ca și "mobilizarea precoce" în chirurgie, care - cum arăta L. Cîmpeanu - a suprimat practic boala postoperatorie) corespund spiritului vremii, care este "activist" și "mobilist".

Corelații psihologice în cancer

Cel obișnuit să privească problema cancerului prin perspectiva cercetărilor contemporane de biopatologie experimentală, rămâne surprins constatând că, milenii de-a rândul, medicina clinică tradițională a pus accentul pe importanța factorilor psihici în *etiologie*.

Boala canceroasă este considerată azi ca *prototip* al proceselor *somatice* și *antonome*, pentru că degenerescența malignă se întâlnește și la plante și la animale sub aspecte genetice, anatomopatologice și clinice care nu diferă principial de aspectele întâlnite la oameni (Baltrusch). În etapa pavlovistă de dezvoltare a medicinii au existat însă voci care au pus la îndoială această asemănare principală

(L. Haranghy, Titu Vasiliu) - până la a afirma că numai la om există o "adevărată" boală canceroasă. Ținem să subliniem că existența la animale și chiar la plante a unor forme de cancer cu etiologie bine precizată nu ne obligă să admitem că, la om, *toți* factorii etiologici trebuie să facă parte din aceeași categorie cu factorii cancerigeni de la plante și de la animale. Importanța crescândă a factorilor endogeni în cancerogeneză la animalele superioare, ca și a reacțiilor indirecte (mijlocite nervos sau endocrin) la factori de mediu, perfecționarea funcțiilor de reglare, ne obligă să acordăm *organismului* - și nu iritantului sau noxei - un rol deosebit în patokineză. Pe de altă parte, putem admite ca diferiți factori cancerigeni acționează printr-un mecanism elementar comun, cum ar fi (?) mutația; dar *rezistența* organismului față de agenții mutageni și față de celulele mutante este hotărâtoare pentru instalarea "bolii canceroase". Această rezistență (factor de "teren") depinde sigur în mod nespecific (și, posibil, și în mod specific) de sfera neuroendocrină și (prin aceasta) de cea psihologică. Aceste considerații rămân valabile și în ipoteze după care "gena" cancerului ar fi o "genă ancestrală" (Udriște, 1968) sau în ipoteza după care masiva dezvoltare a cerebralității la specia *Homo* favorizează apariția cancerului (Ecaterina Semen-Negrea). Chiar dacă *oncologia* se fundamentează larg pe experimentul de laborator (animale, preparate *in vitro)*, este necesar să se elaboreze o sinteză care să țină seama de specificul uman, cu alte cuvinte o antropologie a cancerului.

În concepția *umoralistă* a celor vechi, cancerul era pus în legătură cu temperamentul melancolic (Hipocrate, Galen; idei asemănătoare se întâlnesc și la Avicenna). În 1759, R. Guy - vorbind despre cancerul mamar -, precizează rolul constituției inerte, greoaie, flegmatice sau melancolice, ca și al destinului personal cu catastrofe și griji. Factorul personal (constituțional) a fost recunoscut și de medicina tibetană, care a deosebit cancere de origine autotoxică (legate de temperamentul melancolic) și cancere ținând de o senilizare precoce a organismului. Rolul *traumatismelor psihice*, a grijilor și a împovărării sufletești, în etiologia cancerului a fost susținut în secolul al XVI-lea de către Ambroise Paré; grija, teama, tristețea au fost incriminate de

Gendron (1701), dar şi de către Laënnec şi, mai aproape de noi (1948), de către J. Leriche; depresiunea melancolică a fost notată de către Van Helmont, dar şi de Forgue (1931) care vede, în tristeţe, cel puţin un factor activator sau un factor secundar. Nunn (1722), ocupându-se de cancerul mamar, notează că emoţiile-traume pot *liza* tumorile, oprindu-le temporar evoluţia. Rolul favorizant (pentru tumoare) a emoţiilor negative a fost subliniat, cu optzeci de ani mai târziu, de Veliaminov. Marele chirurg rus Pirogov - la mijlocul secolului al XIX-lea - a atras atenţia asupra însemnătăţii tensiunii afective (nervoase). Şi alte nume ilustre ale medicinii secolului trecut au argumentat intervenţia factorilor psihici (mai ales teama, neliniştea) - de exemplu Rokitansky şi Paget. C. H. Hughes (1887) a susţinut *originea nevrotică* a cancerelor. În aceeaşi perioadă, H. Snow publica primele statistici ample privitoare la această problemă, menţionând că, din 250 de bolnavi canceroşi cercetaţi, în 156 de cazuri întâlnea o traumă psihică puternică, declanşată de pierderea (prin moarte) a unei fiinţe apropiate; numai în 19 cazuri nu existau, în antecedentele apropiate, conflicte, drame sau traume. În 1894, Ebstein vorbea despre rolul "şocului psihic" în declanşarea (sau în exteriorizarea?) unei leucemii. E. Forgue se întreba dacă nu există o "predispoziţie celulară determinată neuropsihic"; dar în acelaşi an (1931) Ewing constata marea sugestibilitate a cancerosului, iar în 1938 Vertesy descria tendinţa sa la izolare. Kretz vorbea despre lipsa (aparentă) de afectuozitate, de slaba exteriorizare spontană a emoţiilor, scriind: "nu numai oamenii *răi* nu cunosc cântece, ci şi oamenii cu tumori rele (maligne)". Dimpotrivă, Stöger întâlnea la bolnavi o monotonie interioară (cu o deosebită raritate a sinuciderii!); *lipsa de tensiuni interioare* a fost notată de Auler, Bumke, Kretz, Frankl, Sheldon etc. Baltrusch crede că această "indolenţă" este numai aparentă: o mască, o faţadă. După alţi autori, personalitatea cancerosului este pasivă, inhibată, indecisă, depresivă. Demn de menţionat este faptul că tonalitatea depresivă (cu o figură obosită şi tristă) se poate întâlni şi la canceroşi care *nu-şi cunosc* diagnosticul (Reichenmüller). Trăsăturile de fire amintite nu exclud eventualitatea ca omul canceros să fie deseori un om "simpatic şi de bună credinţă" (Hoffstätter); dar şi după

acest autor cancerul este boala nefericiţilor, a celor chinuiţi sau care se chinuiesc singuri. S-au mai descris - ca trăsături de temperament sau caracter ale celor predispuşi la cancer: dezechilibru eu-societate (Faber); o defectuoasă apreciere a propriului eu în raport cu sexul opus (von Treeck); caracteristici de personalitate "anală" (Booth) etc.

Cercetări mai sistematice au fost efectuate de L. Le Shan. Un anumit decurs al biografiei emoţionale îi atrage, cu deosebire, atenţia. O copilărie traumatizată creează obstacole în calea relaţiilor cu ceilalţi; de multe ori, moartea unei persoane apropiate contribuie la impresia că relaţiile afective aduc în primul rând durere şi suferinţă. O particularitate structurală constă în aceea că individul se consideră el însuşi vinovat pentru această situaţie şi se autocondamnă. Teama de relaţiile afective sociale (considerate ca implicând riscul suferinţei) este rispită, la un moment dat, de apariţia *cuiva* care este întrevăzut ca o şansă de salvare, care face ca singurătatea să fie depăşită; interacţiunea mobilizează mari rezerve sufleteşti şi, pentru un timp, ea dă sens vieţii. Această interacţiune se întrerupe însă brutal (prin moarte, divorţ etc.). Dispare atunci sensul vieţii, reînvie autocondamnarea şi intoleranţa pentru sine. Viaţa apare ca o condamnare de Sisif; deşi persoanele se tem de moarte, nu doresc să trăiască. Persistă însă atitudinea inflexibilă, rigidă, rezumată în alternativa: *sau/sau*. În lumea lor intimă *(Eigenwelt)*, nu pot fi "decât ei-înşişi", ceea de *fatal* îi va duce la respingerea propriului eu; nu se acceptă pe ei înşişi, ci aprobă, admiră (uneori necritic), justifică şi invidiază felul de a fi al *celorlalţi*. Există, aşadar, o inabilitate de a face ajustări sau de a găsi soluţii (de compromis) în problemele de viaţă interioară. Este particularitatea descrisă anterior de G. Booth (1962, 1965), care a insistat şi asupra mentalităţii individualiste, ca şi asupra frecvenţei cu care se întâlnesc şi alte reacţii autodistructive. Acest *facies* de personalitate şi de destin nu este nici expresia obligatorie a cancerului, nici nu "duce" obligatorie la cancer; nu se pot stabili relaţii nici cu localizarea tumorii şi nici cu gravitatea bolii.

Lui W.A. Greene relevantă pentru problema patogeniei leucemiei şi limfoamelor nu i se pare atât "lunecarea" individului în conflicte care nasc sentimente de vină sau *agresiuni de tip bumerang*,

cât *pierderea resurselor psihice* - ducând la ruşine şi la lipsă de speranţă. Dacă "experienţa de separare" precedă, adesea, nu numai apariţia unei leziuni canceroase dar şi a altor infirmităţi - cum sunt colita ulcerativă şi tireotoxicoza, ea *nu* este însă frecventă în cancerul la sân (H. L. Muslin, K. Gyarfas şi W. J. Pieper, 1966). Experienţa pare importantă totuşi în cancerul de col uterin: frustraţia pentru care nu se întrevede soluţie şi pentru care te simţi vinovat. Este o constatare care permite (la paciente urmărite "longitudinal", în timp) predicţia de la starea psihologică la starea somatică, în 11 din 18 cazuri (A. Schmale şi H. Jker). Separaţia *ar redeştepta* un conflict (mai precis: un conflict oedipian nerezolvat, cu ataşament faţă de un tată pasiv).

În cancerul pulmonar, inabilitatea de a manipula conflictele emoţionale, ca şi dificultăţile în "descărcarea" emoţională, joacă un rol plauzibil (Kissen). Extraversiunea pare a fi un factor real de predispoziţie - *dar numai la femei*. Diferenţa de mortalitate în funcţie de personalitate se observă numai la nefumători sau la cei care fumează puţin (în acest grup raportul între cifrele de mortalitate este de până la 4,5 : 1). Indiferent de tipul de personalitate, rata mortalităţii arată o creştere progresivă cu numărul de ţigarete fumate zilnic. O comparaţie între cei care inhalează *(inhalers şi noninhalers)* a arătat că primii, mai predispuşi la cancer, sunt - în mod semnificativ - mai ***săraci în capacitatea de descărcare emoţională***.

Explorarea psihologică poate merge însă mai adânc, spre ***rădăcinile*** vieţii conştiente (cu stabilirea unor ipoteze dinamice şi funcţionale). Pacienţii sunt frecvent autoritari, rigizi şi conformişti din punct de vedere social (Cl. B. Bahnson şi M. B. Bahnson, 1966); narcisismul lor este adeseori evident. Autorii se întreabă dacă pierderea obiectului de investigaţie afectivă nu duce la o investiţie secundară în propria persoană. *Anxietatea nu este o variabilă discriminatorie* între canceroşi şi sănătoşi. Pacienţii canceroşi tind să-şi nege şi să-şi reprime impulsurile conflictuale şi emoţiile în mai mare măsură decât ceilalţi oameni. Acest mod de comportare faţă de

impulsurile dificile ar duce la un tip particular de autoalienare, cu o regresiune *sui generis* la un nivel "infra-psihologic".

Intervenţia mecanismelor *simbolice* a fost presupusă şi argumentată de un număr de autori. De exemplu, s-a vorbit despre o "etiologizare simbolică", care pune în relaţie boala malignă cu emoţiile "maligne", printre care mânia, sentimentul de culpabilitate şi menţionata agresiune de tip "bumerang" (W. A. Greene, 1964). S-au "construit" teorii care pun în paralel distrugerea, reparaţia, regenerarea, creşterea, înmulţirea - pe plan psihologic şi pe plan somatic. Regresiunea până într-un studiu de strânsă intercomunicaţie psihosomatică ar face curentă *exprimarea* reacţiilor şi ripostelor psihologice pe plan somatic (biologic). R. R. Grinker atrage atenţia asupra faptului că reacţiile psihosomatice se manifestă atât prin inhibiţie şi degenerare consecutivă, cât şi prin hipersecreţie, hiperemie, hipermotilitate - deci prin "hiperbioze", cum este şi proliferarea. Cum fiecare individ îşi are propria sa imagine corporală, înlăuntrul căreia organele îşi au şi o semnificaţie simbolică, *localizarea* procesului tumoral poate avea o semnificaţie şi din acest punct de vedere. Cu două generaţii înainte, M. D. C. Lewis a caracterizat cancerul (nu numai metaforic!) ca fiind o "paranoie la nivel celular", idee emisă (sau reluată) recent de S. L. Feder. Dacă Bahnsohn ia în considerare mai ales aspectul productiv al proliferării canceroase, privită până la un punct ca un proces *regenerativ*, alţi autori pun accentul pe aspectul distructiv al cancerului invaziv. Nu este de mirare că, pentru procese putând avea semnificaţii contrarii, corelatul psihologic nu este uniform! Pe de altă parte, asemenea situaţii desfid orice argumentare *riguroasă* a unei interpretări.

Anumite *cercetări epidemiologice, sociologice şi statistice* pledează şi ele pentru însemnătatea factorilor psihosociali în apariţia şi evoluţia tumorilor maligne. Semnificaţia propriu-zisă psihologică a unora sau altora dintre situaţiile care prezintă o incidenţă crescută (factori patogeni) sau scăzută (factori antipatogeni) faţă de media populaţiilor este însă greu de stabilit. Astfel, după Jores şi Puchta, insuficienţa cardiacă, apoplexia şi *carcinomul* sunt boli ce se întâlnesc foarte frecvent la indivizii pentru care *prestigiul social* are o mare

importanţă şi la care au survenit lezări ale acestuia (situaţii care n-au putut fi "prelucrate" de personalitatea individului). Concluziile se bazează pe cercetarea pensionarilor după grupe de profesiuni. Kraus şi Lilienfold, Peller, Murphy ş.a. au evidenţiat rolul cancerigen al văduviei – situaţie care implică nu numai pierdere, despărţire, tristeţe, griji (ori sentimentul de pierdere a sensului vieţii), dar şi modificări în activitatea de muncă şi în starea social-economică. Ciocco a constatat că există "tendinţa" (prezentă atât la bărbaţi, cât şi la femei) ca, după moartea unui partener conjugal, celălalt să moară din cauza aceleiaşi boli. Drept explicaţie pentru acest fenomen s-a avansat ipoteza unei alegeri subconştiente sau conştiente a partenerului, printre cei cu similitudine de structură psihologică şi corporală. Zylmann a constatat că războaiele nu influenţează rata de morbiditate şi de mortalitate în cancer, în schimb aceasta creşte în perioadele de crize economice şi politice, ca şi în perioadele de nesiguranţă socială. Frecvenţa diferită a unor localizări canceroase la rase deosebite poate fi pusă pe socoteala unor factori genetici sau climatici, dar şi pe socoteala obiceiurilor de viaţă deosebite, pe socoteala diferenţelor de nivel cultural; dar nu se poate exclude şi importanţa *stress*-ului socio-economic (în această privinţă, menţionăm diferenţele în ce priveşte nivelul de trai şi efectele complexe - inclusiv cele psihologice - ale discriminărilor rasiale). Există diferenţe în rata morbidităţii şi mortalităţii între englezii autohtoni şi cei emigranţi în Africa de Sud (Haenzel). Pflanz a efectuat o cercetare statistică ţinând seama de "păturile" sociale; rata cancerului pare mai mare în "păturile inferioare" (unde este mai frecvent carcinomul gastric, bronşic şi al căilor genitale feminine) şi mai mică în "păturile" înalte (cu *status* socio-economic mai favorabil – dar unde se întâlneşte, cu mai multă frecvenţă, carcinomul colic, rectal şi mamar). Wynder a insistat asupra factorului igienic (aspect al factorilor culturali); igiena genitală ar fi de mare importanţă în apariţia cancerului penian şi de col uterin; unele diferenţe în funcţie de religie ar ţine exclusiv de acest factor (circumcizia este practicată de evrei şi de mahomedani). Wynder a mai constatat, la adventişti, o frecvenţă minimă a carcinomelor de plămân, de laringe, de mucoasă bucală şi de esofag, de vezică urinară (la femei) şi de carcinom cervical.

Credincioşii adventişti se abţin de la fumat şi de la băuturi alcoolice, consumă mai puţină carne, cafea şi ceai. Totuşi ar fi greşit să neglijăm ceea ce ar putea aduce factorul *credinţă*, care - în aceastĕ secte - este remarcabil, dându-le mai multă stabilitate sufletească şi permiţându-le să "prelucreze" într-altfel evenimentele trăite.

Oricum, orice boală este (etiologic vorbind) multifactorială: apare şi evoluează prin concursul mai multor factori, iar rolul factorilor psihici pare variabil, nu numai de la boală la boală, ci - în cadrul aceleiaşi entităţi nosografice - de la individ la individ. Acelaşi lucru se poate susţine şi pentru eficacitatea psihoterapiei (mai precis: a diferitelor *forme* de psihoterapie), ca terapie simptomatică, patogenică sau (chiar) etiologică. Exemplificăm prin "cazul" cancerului cervical uterin (care constituie o problemă medicosocială), o listă a factorilor etiologici semnalaţi de cercetările cazuistice şi epidemiologice (Schmale şi Iker):

a) factori *nepsihologici:* ereditate; rasă-religie (negri, evrei); stare social-economică proastă; nivel scăzut al educaţiei; infecţie (sifilitică sau tricomonadică); carcinogeni (din medicaţia anticoncepţională; estrogeni; din smegmă); traume (ulceraţie sau eroziune cervicală); menarha (înainte de vârsta de 13 ani); începerea precoce a vieţii sexuale; sarcini multiple; statusul marital (văduvă divorţată>măritată>solitară).

b) factori psihologici: fond familial perturbat (mamă dominantă, pierderea mamei înainte de vârsta de 12 ani, sentimente negative faţă de disciplina parentală); orientare sexuală perturbată (promiscuitate, aversiune faţă de actul sexual, anorgasmie); probleme de rol social (rejecţia rolului feminin, discordie maritală) şi -, în sfârşit, pierderea recentă (a unei persoane apropiate, a serviciului, a căminului, a averii etc.).

*

Care sunt bazele fiziologice (şi mai cu seamă cele experimentale) care ne permit să considerăm, astăzi, că intervenţia psihicului în etiologia, în patogenia, evoluţia şi tratamentul cancerului, este

plauzibilă şi chiar "naturală"? Cele două serii de argumente majore pornesc: 1. de la constatarea corelatelor fiziologice (mai ales biochimice, umorale) ale emoţiilor; 2. de la cercetările efectuate pe animale, care au scos în evidenţă că afectarea sistemului nervos (şi a sistemului endocrin, cu care acesta este strâns conectat) influenţează apariţia (sau "prinderea") şi dezvoltarea tumorilor maligne.

Lucrările de acum câteva decenii incriminau modificările de pH sanguin: emoţiile negative dând alcaloză, cele pozitive dând acidoză (Honehher, Scheller etc.). Reamintim că lucrările recente incriminează hormonii hipofizari, *corticosuprarenali*, tiroidieni, sexuali. Revărsarea de adrenalină şi nonadrenalină în emoţii aduce cu sine modificări ale glicemiei, ale concentraţiei acizilor graşi în sânge, ca şi descărcare de ACTH şi ripostă vagotonică. Corticoizii de tip cotizol inhibă reacţiile de apărare seroimunologică şi topeşte barierele imunologice tisulare şi umorale. Ei fac să involueze timusul, care are un rol încă neclarificat în apărarea faţă de cancer (atât prin funcţiile sale endocrine, cât şi prin funcţiile sale imunitare). Manifestările *umorale* corespunzătoare diferitelor emoţii nu au, la om, caracterul standardizat al reacţiilor reflexe înnăscute (caracteristică de *specie*). Şi la animale se observă o *tipospecificitate:* răspunsul hormonal şi neurovegetativ la *stress* neurogen (sau emoţional?) nu este uniform la animalele de experienţă - el diferind nu numai cantitativ, ci şi calitativ (Corson, 1966, în experimente pe câine).

Afectarea sistemului nervos central poate fi considerată ca un "model" pentru afectarea psihicului. Corelaţiile corticoviscerale (aşa cum le înţeleg fiziopatologii) pot fi considerate, până la un punct, ca un "model" al celor psihosomatice. Se înţelege că orice relaţie psihosomatică *presupune* (în viziunea materialist-dialectică actuală) un mecanism cerebrovisceral. De aceea, nu sunt lipsite de interes datele pe care le transcriem mai departe. *Izolarea* şoarecilor (afectând activitatea lor motorie, ca şi pe cea sexuală) modifică incidenţa cancerului spontan (Andervont, Mühlbock). *Stress*-ul *neurogen* (prin şoc electric) face să se manifeste mai net predispoziţia rasială a speciei pentru cancer (Reznikoff şi Martini), favorizează acţiunea cancerigenă a factorilor chimici, biologici etc. Interesantă este observaţia lui

Rashkis după care, la o dozare *optimală* a *stress*-ului, se poate obţine o rezistenţă crescută faţă de factorul inductor! Un efect (nespecific?) de întârziere a creşterii tumorale prin *stress* a fost observat şi de Matthes (deşi, de obicei, *stress*-ul - ca şi nevroza experimentală - duc la accelerarea dezvoltării tumorii). Asemenea observaţii (ca şi multe altele) ne obligă la abandonarea schemei simpliste *stress* = noxă; un grad moderat de *stress* este un antrenament al funcţiilor de reglare şi creşte vitalitatea organismelor. Trebuie să amintim că, printre modelele experimentale folosite, există unele care simulează *frustraţia* umană: frustraţia sexuală (Nugmanov) şi cea alimentară (Esyutina). Rezultate concludente au fost obţinute folosindu-se mijloace de solicitare, mobilizare (alarmă), antrenare, epuizare, *perturbare* (dezechilibrare) a sistemului nervos central. Perturbarea a fost la rândul ei obţinută prin ciocnire, supratensionare, diferenţiere împinsă dincolo de anumite limite. Primele lucrări în acest sens - devenite clasice - au fost efectuate încă de mult, în laboratorul lui I. P. Pavlov de K. M. Petrova pe câini (cancer în cadrul unui proces distrofic multiform; favorizarea papiloamelor de gudron). Cercetările sistematice în această direcţie efectuate pe rozătoare au fost prezentate mai recent de către Kaveţkii; s-au utilizat stimularea şi inhibiţia medicamentoasă, decorticarea, lezarea hipotalamusului etc. Însemnătatea tipului de *sistem nervos* a fost stabilită de asemenea prin cercetările şcolii lui I. P. Pavlov (în a 2-a şi a 3-a generaţie de cercetători); rezistenţa maximă aparţine tipurilor puternic şi echilibrat (Turkevich).

Sevoenko a confirmat aceste date prin cercetări clinice (pe om) şi, după cercetările efectuate de Hagnell (1966), tipul cancerosului este un tip "substabil".

*

Corelaţiile fiziopatologice şi psihosomatice pe care le imaginăm astăzi între traumatismele psihice şi cancerogeneză evidenţiază verigile endocrine şi factorii personali.

Factorii psihici ar influenţa *mai ales* cancerele hormonal-dependente - dar şi organe care intervin în "expresia" viscerală a emoţiilor.

Evenimentul unic este echivalent cu o *traumă; situaţia* de tensiune şi de solicitare este o *dramă*. Semnificaţia evenimentului pentru organismul uman poate fi, în unele cazuri, "impersonală" - adică semnificaţia "naturală", comună exemplarelor speciei. În numeroase situaţii care produc frică, groază, spaimă - aceste afecte sunt corelatul psihic al unei "reacţii de emergenţă", care *poate ajunge* la o *adaptare veritabilă, reuşită*. "Reacţia de emergenţă" (de ieşire din situaţia dată) înseamnează o solicitare neuroendocrină şi tisulară cu repercusiuni asupra sistemului imunitar. Excesul hormonal poate exercita o stimulare de creştere şi proliferare asupra organelor-ţintă: este una dintre căile de iniţiere sau influenţare a cancerului endocrino-dependent. Un cancer latent poate deveni patent; un cancer mascat se poate demasca. Dar excesul hormonal poate rupe echilibrul imunitar stabilit între cancerul latent şi organism: acţiunea neurohormonală este de debilitare, facilitare, precipitare (mai mult sau mai puţin nespecifice). Toate aceste consecinţe nedorite pot fi coproduse ale unei reacţii cu bilanţ adaptativ momentan *pozitiv*. În cazul organismelor labile, "reacţia de emergenţă" nu duce la un rezultat adaptativ sau parţial adaptativ, ci la un dezechilibru şi la o dereglare durabilă *(disbionomie* - Rothschuh). Permanetizarea unui astfel de dezechilibru poate îmbrăca aspectul nevrozei, cu o disfuncţie endocrină, un dezechilibru imunologic şi o distrofie tisulară întreţinute prin mecanisme *cerebroviscerale*. Toate aceste eventualităţi pot fi descrise în termeni de fiziologie şi de fiziopatologie.

În alte cazuri, semnificaţia evenimentului pentru persoana umană poate fi *personală*, ţinând de experienţa sa biografică, de răsunetul psihologic, de capacitatea sa de a lua atitudine, de rezistenţa sufletească, de "elaborarea" subconştientă, conştientă, spirituală. Traumatismul netamponat dezlănţuie o "reacţie catastrofică" acută. Ea poate fi tranzitorie: persoana se obişnuieşte, uită, se consolează. Dacă ea se permanentizează, rezultă o psihonevroză sau o somatizare viscerală. "Alegerea" simptomelor şi a organului poate avea o semnificaţie simbolică (deci "psihică"), particulară bolnavului respectiv (deci idiospecifică). Eventualităţile nu pot fi descrise şi înţelese complet

decât în termeni de fiziologie, fiziopatologie, psihologie şi psihopatologie. Mecanismele sunt psihosomatice.

Traumatismul psihic, dar mai ales drama psihică, pot să însemneze iniţierea unei situaţii conflictuale, sau redeşteptarea unui conflict vechi. Nevroza şi (mai rar) psihoza par a fi alternativele "fugii" din sănătate înspre boală somatică (Bahnson).

Disfuncţia endocrină, oricare ar fi originea ei, este un factor cauzal şi condiţional al iniţierii, demascării, patentării şi metastazării oncologice. Cancerul antrenează, la rândul său, solicitări şi dezechilibre imunologice, endocrine, viscerale, neurologice şi neuropsihice - prin substanţe de tip toxic, hormonal, pseudohormonal (similare hormonilor) şi cvasihormonal (hormoni cu defecte). În sfârşit, descoperirea bolii, *conştiinţa* acestui fapt constituie (la rândul lor) traume şi drame care "închid" cercul patogenic printr-o verigă psihică (sau, mai bine zis, îl transformă într-un *cerc vicios)*.

Care sunt "ieşirile" posibile dintr-o situaţie conflictuală? O cale sau alta este aleasă în funcţie de factori personali (ereditate, antecedente fiziologice şi patologice, biografie psiho-socială); răspunsul poate fi *tipospecific* sau chiar *idiospecific*. Starea afectivă pierde nocivitatea numai în cazul în care tensiunea sa este "descărcată". "Descărcarea" emoţională poate fi de cel puţin patru feluri:

a) directă - rezolutivă, "la obiect" (de exemplu, furia dezlănţuită duce la bătaie);

b) derivativă, care este mai mult o cheltuire nespecifică de tensiune nervoasă (de exemplu, exerciţiu muscular). Modalitatea vicariantă este *energetică;*

c) simbolică - în care acţiunea (incomplet rezolvată) se aplică la un alt obiect (asemănător) sau se face apel la o acţiune analoagă;

d) catartică, de obicei prin mijlocirea cuvântului vorbit sau scris (subordonând o gamă de manifestări, de la sudălmi şi de la spovedanie până la jurnalul intim şi la realizarea artistică).

Funcţionarea insuficientă a canalelor descărcării emoţionale poate duce la psihonevroză, psihoză, sau la *o regresiune* a persoanei până într-o "fază" în care anxietatea, tensiunea etc pot fi satisfăcute prin mijlocirea unor nevoi organice (de ex. mâncare). În această fază (etapă), corelaţiile psihoviscerale sunt mult mai strânse decât la adult,

persoana fiind extrem de puţin diferenţiată în "suflet" şi "corp" (Grinker). Corelaţiile corticoviscerale *în general* sunt mai strânse; în cadrul *unităţii* organismice nu s-a dezvoltat, încă, *autonomia* şi homeostazia *organelor*. Legătura dintre "somatizarea" dramei personale şi cancer poate fi urmărită - şi de data aceasta - *pe plan fiziologic* (cerebrovisceral în sens larg şi nespecific) sau pe plan psihosomatic (cerebrovisceral în sens îngust), cu o pondere mai mare a specificităţii.

Pe plan fiziologic, "somatizarea" poate îmbrăca aspecte de involuţie: îmbătrânire precoce, debilitate nespecifică. În conformitate cu principiul (organismic) al ripostei, involuţia antrenează procese regenerative. Legătura *biologică* dintre involuţie şi cancerizare a fost analizată de D. Postelnicu (1966). Localizarea tumorii se poate face pe organul cel mai vulnerabil (meiopragie) sau cel mai solicitat; uneori, "localizarea" este numai o *demascare* a unei latenţe sau o *favorizare* a metastazării.

Pe plan psihosomatic, proliferarea tumorală este - după unii autori - o proliferare "simbolică". Sunt de considerat două eventualităţi, corespunzând tendinţelor de *exteriorizare* sau de *interiorizare*, celor *pozitive* (creştere) şi celor *negative* (distrugere). Creşterea înseamnă regenerare deviată, renaştere aberantă, schiţarea unei perturbări de tip vegetativ. Tumoarea este un pseudoorganism şi un neoorganism cu vitalitate mărită (Jonas, 1966). Cancerizarea poate fi un "reflex paleobiologic" (Stevenson), "autoamputativ" ca în schizogamie (Jonas). Aspectul distructiv poate fi corelat unui conflict interior, unor tendinţe autoagresive, a unei anarhii etc. Localizarea tumorii poate avea, la rândul ei, o semnificaţie simbolică (deoarece fiecare organ are, pentru persoana pe care-l poartă, şi o semnificaţie biografică, simbolică, axiologică, - o "încărcătură afectivă" care ţine şi de elemente culturale). Ea poate avea (?) şi o semnificaţie imitativă (localizări identice în familii de canceroşi?). Este de subliniat însă că localizarea - chiar în cadrul unei patogenii psihosomatice - poate fi explicată prin meiopragie, prin solicitare sau prin uzură; organul "iese înaintea bolii", el nu este întotdeauna "ales". Patogenia este rareori "pur" psihosomatică sau "pur" cerebroviscerală.

Din aceste consideraţii se pot vedea cât de numeroase sunt "drumurile care pot duce la cancer", într-o accepţie diferită de cea a *leziunilor precanceroase* şi chiar de cea a *bolii precanceroase*, înţeleasă ca o diateză metabolică sau endocrinometabolică (Corneliu Popescu atribuia hipotiroidismului constituţional un rol esenţial în precancer).

*

Printre mecanismele de apărare ale ego-ului, cele de negare şi represie au o importanţă medicală oncologică. Promptitudinea cu care pacientul se prezintă la medic depinde, la multe persoane, de prezenţa sau de absenţa unor astfel de mecanisme (Henderson, Wittkower şi Lougheed, 1958). Psihicul se fereşte de lucidităţi traumatizante, chiar dacă rezultatul tardiv este primejdios sau fatal. Atitudinea faţă de boală şi faţă de propria persoană având determinante culturale, etice, tradiţionale, etnice etc., exemplele care urmează nu pot duce la concluzii. Într-o statistică pe 50 de pacienţi scoţieni, 38 s-au prezentat la medic cu o întârziere de peste trei luni de la apariţia simptomelor. Explicaţia (motivaţia) acestei întârzieri a fost variabilă: simptomelor nu li s-a dat importanţă; a lipsit durerea; a intervenit experienţa de viaţă - în sensul unui contact precedent cu persoane canceroase cu evoluţie malignă; pacientul s-a considerat "prea bătrân" pentru a mai merita îngrijire; tratamentul eventual a fost considerat ca fiind prea costisitor; l-a împiedicat "pudoarea" de a se expune examinării, teama de medici, de spital, de operaţii şi - bineînţeles - teama de diagnostic. Uneori a intervenit structura "masochistă", cu complacerea în suferinţă; persoana era obişnuită să-şi considere grija de sine ca pe o preocupare insignifiantă în raport cu grija faţă de alţii. Cercetarea de adâncire a situaţiilor a scos în evidenţă faptul că *doi factori* dominau scena:

a) relaţii bune interpersonale între medic şi pacient, încrederea pacientului în medic şi tactul medicului;

b) structura anormală a personalităţii. Personalitatea isteroidă (labilă din punct de vedere emoţional) este frecvent întâlnită în grupul celor care se prezintă cu întârziere. (Paradoxul este doar aparent, deoarece acest tip de personalitate foloseşte, în mod predilect, ca mecanisme defensive ale *ego*-ului, negarea şi repre-

sia). Persoanele care au suferit anterior de psihoze bine definite şi la care existau simptome reziduale, au prezentat şi ele tendinţa de a lua act de simptome şi de a le interpreta în chip nerealist. Este interesant de reţinut că bolnavi în posesia tuturor datelor semiologice semnificative şi având suficiente cunoştinţe de medicină (chiar medici) sunt adeseori incapabili să tragă concluzia logică a diagnosticului de malignitate, recurgând la interpretări şi explicaţii extrem de şubrede, *în care cred*. Analiza statistică a datelor mai arată că bagajul (sau nivelul) de cunoştiinţe *nu* este un factor important care să influenţeze promptitudinea prezentării la medic: factorul pur informativ este mult mai puţin însemnat decât cel afectiv. Pentru a face profilaxia incurabilităţii printr-un tratament precoce, este mai important să se încurajeze relaţiile interpersonale pozitive (de la persoană la persoană, de la medic la pacient) decât să se intensifice propaganda şi educaţia sanitara (J. G. Henderson, 1966).

Toate aspectele psihologice şi psihopatologice pe care le menţionăm în acest subcapitol nu trebuie confundate cu reacţiile psihotice sau cvasipsihotice, frecvente la canceroşi, şi care fac parte din boala *organismului* canceros, "intoxicat" de tumoare cu substanţe biologic active, de exemplu pseudohormoni sau cvasihormoni polipeptidici, sau zdruncinat prin dureri, şoc afectiv etc.

*

Care sunt *reacţiile psihologice* faţă de boala "percepută" sau recunoscută ca atare? Unii autori consideră că depresiunea (menţionată de noi în primele pagini ale acestui subcapitol) este o *reacţie* la boala sesizată inconştient (cenestezie, de exemplu) şi nu un fond temperamental predispus. În orice caz, depresiunea, până la desperare, nu lipseşte dintre reacţiile *conştiente* la comunicarea sau la confirmarea diagnosticului. Medicina dispune de numeroase documente de tip jurnal care descriu evoluţia psihologică a unui canceros. Această evoluţie depinde, evident, de atitudinea bolnavului faţă de

viaţă şi faţă de moarte, de *aspiraţiile* sale către atitudinea eroică sau stoică, ca şi de apartenenţa sa la unul dintre cele două tipuri definite de F. Baumgarten: *Werkgebunden* (legat de operă, de activitate) sau *Lebensgebunden* (legat de viaţă).

Radu Gh. Chirovici s-a internat în Institutul Oncologic din Bucureşti pentru a cunoaşte psihologia canceroşilor. Reportajul publicat a fost un îndemn la atitudinea eroică şi la înfruntarea ameninţării morţii, prin explorarea rezervelor de vitalitate şi de sensibilitate. Acest reportaj a stârnit vii proteste în numele "minciunii alinatoare", considerată greşit ca fiind singura atitudine umanitară faţă de canceroşi.

Prin frumuseţea stilistică şi prin adâncirea autoobservaţiei, un loc aparte îl merită jurnalul romancierei Yassu Gauclère. În 1960, pacienta a crezut a-şi decela un cancer de sân; dar "o conjuraţie de medici" şi de prieteni a reuşit să o deturneze de la diagnosticul pe care şi l-a pus cu atâta luciditate, apoi să o convingă că suferea de o nouă atingere a vechii sale tuberculoze... A fost tratată cu cobalt, însă fără să i se spună consecinţele îndepărtate ale acestei intervenţii... Admirabil dusă cu vorba de către medicii ei, a trăit ca o tuberculoasă, odihnindu-se, plimbându-se, visând şi citind... Boala progresând, unul dintre medicii-prieteni se decide să-i scrie adevărul. Profesorul Etiemble, care povesteşte acest episod, continuă: "În ziua în care a primit această veste, Y. mi-a spus: «bine; de mâine îmi schimb stilul de viaţă şi încep să scriu»... (se gândea la un roman). Am descurajat-o atât cât am putut, ştiind că-i mai rămân puţine luni de viaţă. Cum ea dorea să scrie de asemenea un eseu despre raporturile între marii bolnavi, medicii lor şi moarte, i-am dat sfatul să se decidă pentru acest subiect – sperând că-l va putea duce la bun sfârşit. Dar după câteva zile, edemul îi paraliza braţul drept...". Moartea a survenit după două luni. "E de ajuns să spun că ea înţelegea să protesteze împotriva stării prezente a deontologiei, din cauza căreia a refuzat operaţia - operaţie care, în mintea ei, ar fi putut-o salva - pentru că medicii nu îndrăzniseră să-i mărturisească adevărul. Ca urmare, ea a acceptat doze enorme de cobalt, fără să fie lăsată să bănuiască ce sechele atroce vor rezulta pentru dânsa. În fine - şi mai ales - ea protesta contra dreptului pe care şi-l arogă medicii de a nu spune adevărul

bolnavului care-l cere... Disimulându-i natura bolii sale, medicii au făcut-o să se transforme într-o leneşă, în timp ce, sigură că va muri, ea ar fi început să scrie de îndată (...) şi, în aceste împrejurări, ar fi terminat romanul care o preocupa de atâţia ani... M-am întrebat însă dacă medicii n-au avut *cu toate acestea* dreptate, incitând-o să trăiască în speranţă timp de un an, mai curând decât să scrie în tot acest timp ştiind că este condamnată. Nu este uşor să răspundem acestei întrebări; câteodată, îmi reproşez că am ascultat pe confraţi, căci ştiu că laşitatea mea face ca literatura noastră să aibă o carte frumoasă mai puţin". Adăugăm că trauma psihică a "cunoaşterii diagnosticului" poate agrava decursul bolii ca şi oricare altă traumă. Există, aşadar, o *Scylla* a ignoranţei care împiedică, uneori, instituirea unui tratament complet, cu justificare ştiinţifică, şi o *Charybda* a biciuirii procesului prin reacţie afectivă la adevăr.

Există un *spectru* terifiant al cancerului şi datoria medicilor este să înlocuim spaima în faţa acestui *spectru* cu o considerare lucidă, realistă, a bolii. Există cancere vindecabile şi altele care, tratate adecvat, asigură o supravieţuire îndelungată. Y. Gauclère susţinea că "nimeni dintre noi nu-şi permite să excludă această perspectivă din propriul destin", dar acest lucru se aplică majorităţii bolilor care nu sunt ereditare. Ea mai susţinea că "cancerul nu permite speranţe îndepărtate"; totuşi, faţă de viteza cu care apar progresele în terapeutica medicală, speranţele canceroşilor sunt cu mult mai îndreptăţite astăzi decât acum - să zicem - douăzeci de ani. Autoarea are însă, probabil, dreptate atunci când remarcă cum, spre deosebire de tuberculoză (azi, în mare măsură vindecabilă), cancerul nu este "poetizat prin literatură". "Tuberculoză" este un cuvânt care sugerează concediu, menajare, odihnă, *vindecare* îndepărtată.

Conştiinţa prezenţei cancerului în propriul corp este un impact informaţional (Shands): leziunea este o noutate negativă, este un simbol al morţii; pacientul este "brusc şi puternic lovit de distrugerea unui viitor predictibil, parte adesea dominantă a eului său". Repetând în gând constatarea situaţiei, ea încetează să mai fie o noutate, devine o situaţie curentă: adaptare prin "redundanţă reflexivă".

Pe de altă parte, într-o civilizaţie (ca cea occidentală) în care raţionalitatea a fost idolatrizată timp de secole, diagnosticul de cancer (boală încă neclară din punct de vedere etiologic şi patogenic) echivalează cu o irupere a iraţionalului şi aleatorului. Se adaugă caracterul aparent *impersonal* al legăturii cu boala (cancerul ca un corp străin), caracterul invadant: o adevărată conştiinţă a "trădării şi rebeliunii" unei părţi din corp. Personalitatea tinde să neutralizeze impactul şi prin alte mecanisme decât negarea, "raţionalizarea" (în înţelesul dat de psihanaliză acestui termen) sau redundanţa reflexivă: distanţare intelectualizantă (consideraţii teoretice, interes livresc); externalizare (o femeie îşi descria cancerul uterin ca pe un "copil malign").

Este însă greşit să uităm că boala canceroasă sperie în primul rând (Bard) prin implicaţiile sale de lungă şi de grea suferinţă (uneori penibilă din multe motive).

*

Pentru că nu există nici medic-standard, nici bolnav-standard, nici cancer-standard (A.M. Sutherland, 1959), la întrebarea dacă un canceros trebuie sau nu să cunoască adevărul asupra stării sale, nu se poate da un răspuns valabil pentru *toate* formele şi *toate* fazele de dezvoltare a cancerului, pentru *toate* tipurile de persoane umane şi pentru *toate* situaţiile. O explorarea psihologică suficient de îndelungată şi de atentă este uneori necesară înainte de a lua o decizie.

Opiniile medicilor sunt foarte variabile în această privinţă. Argumentele pricipale ale poziţiilor extreme sunt, după cum se ştie:

1. *pentru abstenţionişti* - teza după care adevărul distruge ceea ce a mai rămas din personalitatea integrată a bolnavului (opinia lui Ch. S. Cameron, director medical al Societăţii americane de cancer);

2. *pentru ceilalţi* - teza după care această "informaţie" îi ajută pe bolnavi să-şi înţeleagă boala şi să coopereze mai adecvat cu medicul.

Tratamentul cel mai eficient presupune comunicare reciprocă şi liberă.

Fitts şi Ravdin (1953) au cercetat părerile şi obiceiurile a 442 de medici din Philadelphia (S.U.A.): 3% mărturiseau adevărul întotdeauna, 28% îl mărturiseau frecvent; 57% de obicei îl ascundeau, iar 12% nu-l declarau niciodată. În 1961, Oken (lucrând la Chicago) a constatat ca atitudinea de covârşitoare majoritate este de abţinere (78% printre generalişti, 87% printre chirurgi şi 90% printre internişti). Pe de altă parte, sondaje de opinie în rândul pacienţilor au arătat (Kelly şi Friese, 1950) că 89% dintre canceroşi doreau să ştie adevărul iar 82% dintre necanceroşi îşi exprimau aceeaşi dorinţă, în cazul în care ar fi bolnavi. Cifrele nu diferă în statistica lui Samp şi Curreri (1957) făcută pe pacienţi şi pe membrii familiilor lor (87%).

Pentru a evita dezorganizarea emoţională a bolnavului, trebuie să luăm în considerare modul în care bolnavul îşi priveşte în general boala - *semnificaţia* bolii pentru bolnav. M. Bard şi Ruth Dyk (1956) au constatat că, în general, bolnavii se pot clasifica în două clase: a) cei care se auto-blamează, considerându-se vinovaţi de "agravarea" bolii; b) cei care se refuză sentimentelor de vinovăţie cu *proiecţia* blamajului (asupra altor persoane, asupra unor agenţi supranaturali ori asupra unor mecanisme naturale). Pacientul trebuie încurajat să-şi exprime sentimentele şi atitudinile, pentru a ne pune la îndemână criterii pentru alegerea comportării. Pe de altă parte, se cer efectuate cercetări asupra valorii biologice şi sociale ale mecanismelor de apărare psihică, cum sunt regresia, dependenţa, ipohondria, negarea, proiecţia paranoică. S-a constatat astfel că femeile care după mastectomie radicală au căutat să-şi disimuleze infirmitatea, au suferit în general de o invaliditate atenuată (Bard şi Wexenberg, 1957). Semnificaţia *bolii* pentru bolnav ţine, în mare măsură, de valoarea (simbolică sau nu) atribuită organelor. Histerectomia totală, castraţia, afectează prin aceea că se referă la sfera sexuală (şi - practic - la viaţa conjugală sau erotică).

Nu trebuie neglijate nici reacţiile afective ale *medicului* în faţa cancerului bolnavilor săi. Sondaje de opinie au arătat că o bună parte dintre medici sunt tot atât de îngroziţi ca şi bolnavii, considerând - în mod superstiţios - că diagnosticul de cancer este o sentinţă de moarte sau o condamnare la tortură. E. E. Renneker (1957) a examinat din punct de vedere psihanalitic reacţiile de "contra-transfer" în cancer. Atitudinea realistă a medicului, care să ajute bolnavului să se ajusteze la cancer şi la efectele sale distrugătoare, nu este regula. Mecanisme psihodinamice fac pe medic să *distorsioneze* realitatea. Investiţia narcisistică în tratamentul indicat produce perturbaţii sufleteşti în cazul apariţiei recidivelor. Unii trebuie să depună eforturi pentru a rezista la "identificarea" cu pacienţii ce mor. Nu rareori apare cancerofobia. Identificări greşite pot determina anxietăţi şi sentimente de culpabilitate. Se pot activa sau reactiva fantezii, experienţe traumatice şi forme "arhaice" de comportament. Mai ales chirurgul trebuie să-şi depăşească orice atitudine emoţională negativă în faţa fenomenului "cancer", astfel încât să nu-şi facă treaba "de bine de rău", ci *să îndrăznească în numele speranţei.* Există primejdia supraestimării incapacităţii pacientului din cauza simţului propriului eşec (A. Rothenberg, 1961).

S-a preconizat *protecţia psihofarmacologică.* Medicaţia psihotropă aduce reale servicii, ca adjuvantă a terapiei chirurgicale. De obicei, pacienţii sunt anxioşi preoperator, depresivi postoperator, uneori excitaţi; câteodată apare o psihoză postoperatorie (care, în stare floridă, este greu de deosebit de o reacţie acută paranoidă de tip schizofrenic): o reacţie de *panică* acută. În aceste împrejurări reacţiile par a apărea mai frecvent atunci când sunt lezate regiunile genitale sau când se pierde puterea de comunicare, ca rezultat al intervenţiei (laringectomie). Psihotropele sunt utile şi în reacţiile de tip maniac. Depresiunea se datorează *anticipării* debilităţii, durerii cronice, desfigurării, pierderii vitalităţii sau a potenţei sexuale, sau pierderii independenţei fizice; dar - probabil - şi unor mecanisme dinamice cuprinzând reprimarea sentimentelor de ostilitate sau de supărare. O enormă greşeală este obiceiul medicilor cancerologi de a se feri să stabilească relaţii personale, "afective", cu canceroşii, mai ales în perspectiva morţii lor iminente. Totuşi, s-ar putea ca "15 minute dedicate convorbirii cu pacientul să salveze ore întregi de activitate a medicului şi a surorilor, administrarea de duzini de tranchilizante şi de

narcotice, executarea unor teste de laborator şi a unor examinări radiologice". Cu ajutorul hipnozei putem uşura bolnavul de dureri rebele şi de neplăcerile altor tratamente; hipnoza poate constitui un tip foarte eficace de "terapie suportivă", iar succesele sale concrete ne pot convinge de utilitatea psihoterapiei în general.

S-a subliniat (S. L. Feder, 1966) că, pentru majoritatea canceroşilor, importantă nu pare a fi suprimarea spaimei de moarte (căci moartea nu poate fi "gândită conceptual", ea este dincolo de experienţa noastră subiectivă), cât uşurarea durerilor, asigurarea că nu va fi abandonat, evitarea izolării, convingerea că nu este părăsit afectiv. Nu sunt numai imperative umanitare, ci şi căi de a ameliora decursul bolii. Medicul va trebui să ofere oportunităţi, "descărcare emoţională"; s-a constatat că, în aceste condiţii, decursul este mai favorabil. Gestul simplu de a te aşeza pe marginea patului unui canceros poate avea efecte nebănuite. În schimb, sunt contraindicate afirmaţiile liniştitoare nejustificate; expresia "totul va fi în ordine" poate fi interpretată drept o dovadă de indiferenţă ca un stereotip ce nu coboară până la particularităţile cazului şi ale persoanei.

Nu este clară relaţia dintre *cancer şi suicid* (Plügee, Hofstätter ş.a. s-au mirat de raritatea sinuciderilor la canceroşi, dar cercetările lui Shan impun o nuanţare a concluziilor). Cazul cunoscutului psihanalist Stekel, suferind de cancer genital, n-ar putea fi explicat, mai curând, prin localizarea tumorii? Unii canceroşi se sinucid sau îşi caută moartea păstrând secretul cauzei organice şi afişând o altă motivaţie: cazul scriitorului St. Zweig, a cărui sinucidere a fost interpretată ca un gest de desperare politică - în momentul trecător de apogeu al militarismului hitlerist (fapt comentat critic de către Th. Mann).

În general, valoarea psihoterapiei este subestimată în oncologie. Argumente indirecte pentru utilitatea ei ca *tratament patogenic* (ducând, eventual, la blocarea sau la regresiunea tumorii) sunt, pe de-o parte, cazurile de cancer cu vindecare spontană, pe de altă parte, regresiunile sub hipnoză a tumorilor benigne (de natură virotică) cum sunt verucile. Mobilizarea pe cale psihică a forţelor imunitare ale organismului este un fapt cu acoperire clinică şi experimentală. O altă explicaţie ar fi ruperea unor cercuri vicioase, în care există ca verigi durerea şi desperarea.

*

Sunt necesare şi câteva cuvinte despre *cancerofobie*. Kant spunea că persoanele care se tem de cancer, îl vor face: evidentă exagerare. Homeopatia susţine a avea remedii specifice împotriva acestei fobii. În orice caz, există o cancerofobie "iatrogenă" a cărei profilaxie este o obligaţie elementară.

Unii practicieni (Iosif Macavei) au observat *cancerofobia* unor persoane suferind de afecţiuni banale, contrastând cu neglijarea şi "negarea" unui cancer evident la alte persoane.

Psihologia infirmului

După cum era de aşteptat, *psihologia infirmului* a fost obiectul a numeroase cercetări speciale. Moor face remarca justificată că cercetătorul superficial observă numai ceea ce-l deranjează pe *dânsul* - şi, de aceea, rezultatele studiilor nu sunt totdeauna concordante. *Superficial privit*, infirmul este susceptibil, hiperexcitabil (irascibil), invidios, neîncrezător, cu o exagerată tendinţă de a se autoexamina şi cu un exagerat sentiment al demnităţii (Meng). Este de remarcat că "descrierea" psihologiei infirmilor, făcută de către observatori cu integritate somatică, este adeseori alterată de *judecăţile de valoare* pe care suntem înclinaţi să le facem cu privire la ceea ce este aberant, la ceea ce se găseşte în minoritate. Cei normali au o "rezervă" faţă de "omul însemnat" (= cu semne particulare, adică particularizat printr-un stigmat somatic) – nu atât din motive estetice, cât dintr-o superstiţioasă aprehensiune pentru irupera "demonicului" în cotidian sau din teamă de o eventuală atitudine inechitabilă (faţă de dânşii) din partea celor infirmi (oameni nedreptăţiţi de soartă). Există o tendinţă de a-i acuza de complicitate la propria lor nefericire. S-ar putea caracteriza atitudinea celor normali faţă de infirmi drept o atitudine *ambivalentă:* ei sunt compătimiţi, dar şi priviţi cu duşmănie; ei sunt

priviţi cu superioritate *şi* din teamă; grija extremă a părinţilor faţă de copiii infirmi, punctată cu numeroase inconsecvenţe, trădează această atitudine (Barker). După Würtz, "ritmica corporală perturbată" ar genera un suflet anormal. Această viziune *simplistă* despre *mens sana in corpore sano* a stat şi la baza aruncării de pe muntele Taiget a copiilor care nu erau destul de voinici în vechiul stat al Spartei (oraş care a produs buni războinici, dar n-a strălucit prin cultură şi prin civilizaţie). Este o viziune simplistă, ironizată prin caricaturizare şi de G. Topârceanu. Sub o anumită formă se întâlneşte şi în literatura romantică sau în folclor. Semnificativă a fost situaţia psihosocială a *bufonilor*, pitici sau cocoşaţi (vezi opera *Rigoletto* a lui G. Verdi). În basmul *Harap-Alb* al lui Ion Creangă, acesta este sfătuit de tatăl său să se ferească de stigmatizaţii somatici (de ex. de spâni). După opinii contemporane (V. Dem. Zamfirescu, 1980), în atitudinea de respingere a "omului însemnat" putem identifica şi o rădăcină etologică: comportamentul agresiv al multor animale faţă de exemplarele aberante ale speciei. Mai curând se poate spune că atitudinea greşită a ambianţei face din mulţi infirmi nişte *sociopaţi*. Arnold accentuează asupra sentimentului de inferioritate, asupra apatiei, asupra lipsei de iniţiativă şi asupra unui grad de "resentiment economic".

În realitate infirmii nu alcătuiesc un "tip unitar" din punct de vedere psihologic - şi nu numai pentru că psihologia lor depinde de structura personalităţii. Este adevărat că infirmitatea *vizibilă* este altceva decât o boală viscerală ("internă"), dar factorul principal pare a fi - şi aici - *atitudinea* infirmului, *adaptarea* sa la situaţia morbidă.

Moor deosebeşte, în multe cazuri, o tendinţă manifestă de a se bucura deplin de viaţă; o comportare "ca şi când" nu s-ar fi întâmplat nimic. Această situaţie nu duce însă, întotdeauna, la rezultate bune, căci nu totdeauna bolnavul este capabil "să-şi poarte crucea singur" (el are nevoie de compasiune, solicitudine, ajutor etc.). Dar compătimirea lipsită de tact şi de delicateţe este o traumă "socială". Traume mai grele sunt cele care-i fac să se simtă ca o povară sau ca paraziţi ai vieţii altora. De multe ori contactele interpersonale sunt alterate (Dambo, Ladieu şi Wright); există însingurare şi bariere de tip *tabu* (a nu se vorbi de funie în casa spânzuratului!). Sentimentul stânjenitor

de "apartenenţă" la o "minoritate" (adică de neapartenenţă la majoritatea sănătoasă, de "excludere" din grupul acestora) poate fi accentuat prin rezerva de a le da sarcini sau de a-i solicita prin gruparea *împreună* a infirmilor etc. La copii, dificultăţile ivite în calea traducerii în fapt a dorinţei de a se juca, perturbă dezvoltarea personalităţii. Meng vorbea despre perturbarea convertirii în "principiul realităţii". Acest autor a insistat asupra faptului că sentimentul de inferioritate apare atunci când lipseşte dragostea (frustraţia afectivă). Jocul însuşi şi comunicarea liberă cu copiii este o condiţie *sine qua non* a unui ritm normal de dezvoltare intelectuală. Pedagogii au constatat totuşi că infirmii pot fi mai uşor stimulaţi decât copiii sănătoşi, atunci când se face apel la voinţă şi la ambiţie, ceea ce constituie o premisă pentru bune performanţe şcolare şi pentru o bună conduită etc. Dar eşecurile sunt suportate mai greu decât de copiii normali. În rare cazuri, sentimentul de a fi un "caz excepţional" poate aduce o oarecare satisfacţie narcisistică (Byron, care avea un picior şchiop din naştere, brava comparându-şi infirmitatea cu copita diavolului).

S-a notat frecvent că un grad de întârziere mentală este adus de cruţare, cocoloşire, spitalizare - chiar în cazuri banale de rahitism, tuberculoză etc.

Formarea unui ideal de viaţă socială întâmpină greutăţi. Faptul că sănătatea şi "normalitatea biologică" devin idealuri intangibile constituie o continuă sursă conflictuală; dar ea poate fi totuşi "secată". Infirmii devin mai uşor ipohondri pentru că îşi uită mai greu corpul, pentru că sunt legaţi "libidinal" de partea infirmă, pentru că sunt anxioşi (Meng). Persistenţa situaţiei conflictuale este mai rară decât se crede; la infirmi se întâlneşte mai des *resemnarea* sau tendinţa de supracompensare *(trotzdem*, Braeger) - analizată mai întâi de A. Adler. Obstacolele "psihizează": copii ajung, adesea, hiperevoluaţi psihic, cu naivitatea pierdută, precoci, chiar bătrânicioşi. Principiul fundamental psihoterapic şi de pedagogie terapeutică ar fi acela "de a face din nevoie – înţelepciune" (Moor). Reorientarea personalităţii trebuie să urmărească, în primul rând:

a) o "îngustare" a perspectivei asupra pierderii (dacă se poate cu o *subapreciere a valorilor pierdute);*

b) folosirea defectului organic drept stimul al compensării sau al supracompensării (cu grijă însă pentru *autenticitatea* compensării);

c) adâncirea valorilor vieţii tocmai prin experienţa suferinţei şi a limitărilor (este nevoie de multă abilitate pentru a prezenta *cotitura* în existenţă ca pe o veritabilă "moarte şi reînviere", ca pe un adevărat proces de creaţie).

În fond ni se pare *justificată* întrebarea: de ce ţinem *atât de mult* să aparţinem *liniei de mijloc?*

Medicul trebuie să dispună de "instrumentar psihic" şi să întâlnească un suflet plastic. Adaptare, reîncadrare, reabilitare, ajustare - sunt modalităţi şi obiective care se cer urmărite simultan.

Medicul ca pacient

O antologie instructivă în acest domeniu a fost publicată de Grotjahn. Cele 138 fragmente cuprind descrieri *subiective de boală* din autobiografii, prezentări cazuistice din literatură şi răspunsuri la o anchetă *ad hoc* (incluzând şi autodescrieri la parturiente). Această antologie are însemnătatea sa pentru istoria culturii, pentru istoria ştiinţelor medicale, dar şi pentru psihologia medicinii. Descrierea simptomatologiei subiective, a aspectelor subiective în apropierea acută de moarte (Naunyn, Billroth) sau în îmbătrânire (Burdach, Freud) nu epuizează însă interesul lucrării. Grotjahn crede că, în afară de lărgirea cunoştiinţelor despre esenţa şi despre decursul bolilor, lectura acestor documente poate creşte calitatea interpretării anamnestice; poate determina o sporire a atenţiei date vindecării spontane; poate convinge despre însemnătatea micilor detalii ale îngrijirii bolnavilor; poate duce chiar şi la înţelegerea tendinţei unor bolnavi de a-şi schimba medicul; pe scurt - lucrarea poate sugera o serie de reguli care să amelioreze comportarea medicului.

Un aspect important priveşte *atitudinea medicului faţă de propria boală.* Se pare că generală este *tendinţa de a se neglija,* care depinde atât de faptul că este prea hărţuit pentru a-şi permite luxul unei pauze, cât şi de avantajul de a dispune de cunoştinţe savante pentru susţinerea unei veritabile "politici a struţului". Inversarea rolurilor (medicul devine pacient?) nu se face fără mici şocuri emotive. Medicului îi este greu să accepte situaţia (mai mult sau mai puţin umilitoare) de dependenţă, de pasivitate, de "depersonalizare" - redus la rangul de "obiect de examinare şi de tratament" pentru alţii. Poate că se simte ridicol faţă de proprii pacienţi, întrupând o "dovadă" a limitelor medicinii. Din multe cauze şi motive sufleteşti, medicul nu este decât rareori *un bun judecător al propriei boli* şi aceasta se manifestă printr-o oscilaţie de la pesimism la optimism, printr-un "joc de umbre şi de lumini". Medicul este totodată mai puţin cooperativ decât bolnavul obişnuit atât în timpul anamnezei şi al examenului ce ţinteşte diagnosticul, cât şi în timpul tratamentului. Îşi permite sugestii, pretinde să aibă el ultimul cuvânt, este excesiv de exigent şi - în general - greu de îngrijit. Deseori hipersensibil la durerea fizică, boala îl face frecvent egoist (F. Pastorelli): în ochii săi, propria suferinţă rămâne exagerat de importantă şi de mare. Este mai curând sceptic cu privire la posibilităţile medicinii - şi R. Allendy remarca: "niciodată slăbiciunea medicinii nu este mai viu resimţită ca atunci când eşti în acelaşi timp bolnav şi medic. Atunci, în faţa realităţii şi a chinului, îţi apare toată sărăcia ascunsă, toată insuficienţa unei arte pe care lumea o vrea ajunsă la certitudine...". Este interesant de menţionat că acest scepticism faţă de medicina oficială (pe care în stare de sănătate o foloseşte şi o serveşte) alternează uneori cu credulitatea (mulţi medici bolnavi recurg la serviciile medicinii "heterodoxe" şi ale *Kurpfuscher*-ilor*).* Această situaţie ambiguă se explică, fireşte, prin aceea că medicul este înainte de toate un *om:* fragil şi slab. Desigur, el reacţionează în faţa bolii mai curând după temperamentul său şi datorită tendinţelor sale profunde decât în conformitate cu cultura sa de specialitate. Un personaj al lui Paul Valéry spunea: "medicul suferă mai mult decât oricare altul. Există raporturi strânse între *a şti* şi *a suferi.* Şi, apoi, ne cunoaştem prea bine limitele...". În realitate,

cultura îi dă mai multă luciditate, iar luciditatea este strâns corelată cu anxietatea.

Într-un mic număr de cazuri, medicii şi-au luat în studiu ştiinţific propria boală "spontană" (mai ales de natură neuropsihică). În lucrare n-au fost trecute autoexperimentările (foarte numeroase). Foarte interesantă este autoobservaţia lui Forel care, după o tromboză cardiacă, şi-a analizat atent eforturile sale eroice de compensare.

Alte asepecte demne de interes au fost menţionate de noi în subcapitolele referitoare la cancer şi la atitudinea în faţa morţii (sau perspectivei morţii).

După cum subliniam în alt capitol, anxietatea face parte din ţesătura vieţii cotidiene - nu numai a bolnavului, ci şi a medicului. Solicitat intens şi complex, "preluând" grijile bolnavului care i se încredinţează, medicul practician trăieşte, în multe specialităţi, tensiuni şi anxietăţi multiple. Repercusiunile nervoase şi mai ales cele coronariene nu întârzie să se facă simţite. Cei care au încercat să coreleze *stress*-ul profesional cu afecţiunile cardiace au constatat că omnipracticienii sunt de trei ori mai atinşi decât confraţii lor, iar anesteziştii au de două ori mai frecvent afecţiuni coronariene decât dermatologii şi anatomopatologii. În 1952, Morris, Heady şi Barley constataseră că şi ei *generaliştii* sunt de 2-3 ori mai afectaţi (după grupele de vârstă) decât specialiştii.

De la psihologia diagnosticului la diagnosticul psihologic

Actul de diagnostic medical este de o atât de mare importanţă în activitatea practică a medicului, încât este regretabil faptul că psihologiei, logicii şi metodologiei sale nu i se acordă o atenţie mai mare. Tratatele de semiologie şi nosologie ne pun la îndemână *materialele* necesare pentru a stabili un diagnostic de prezumţie, un diagnostic pozitiv şi un diagnostic diferenţial. Dar *mecanismele de gândire* implicate în actul de diagnostic nu sunt aceleaşi la toţi medicii, ele deosebindu-se atât tipologic, cât şi după "şcoala medicală" la care se face instrucţia - şi, de asemenea, după etapa de dezvoltare a medicinii, după specialităţi, după mijloacele pe care le avem la dispoziţie etc. De câteva decenii există şi "maşini cibernetice de diagnostic", care aplică anumite "teorii logico-matematice ale diagnosticului", teorii care au fost elaborate avându-se în vedere posibilităţile de lucru ale calculatorului mai curând decât modalităţile de gândire efectiv folosite de către medici.

Simţul clinic

În tradiţia şcolii medicale franceze, se acordă mare însemnătate aşa-numitului *simţ clinic*. S-a spus (Dumitrescu-Popovici) că el "nu este numai un har... cu care unii sunt dotaţi, ci este o intuiţie de ordin cu totul superior, care se câştigă şi se dezvoltă". Simţul clinic este cel

care ne "conduce prin labirintul" de simptome şi semne, care ne îndeamnă să luăm "cât trebuie" din noţiunile clasice (sau livreşti) pentru a putea trata bolnavul şi nu boala, care ne face să nu ne pierdem în faţa particularităţilor cazurilor şi a prefacerii tablourilor clinice. *Simţul clinic* găseşte măsura justă între entuziasm şi scepticism, pentru a ne feri de erori şi de deziluzii.

În expunerea sa asupra aceluiaşi subiect, Pius Brînzeu aminteşte câteva întâmplări ilustrative. În aceste împrejurări, "simţul clinic" a avut drept componente esenţiale: un fin spirit de observaţie practic (care "prinde în fugă" elemente pe lângă care un altul poate trece indiferent), un raţionament corect şi o bună documentare (teoretică) de specialitate. Simţul clinic se *reflectă* cel mai bine în operaţia de diagnostic, dar el se referă şi la aprecierea evoluţiei sau la formularea prognosticului.

Există aptitudini *înnăscute* care favorizează dezvoltarea simţului clinic: în unele variante intervine hotărâtor *intuiţia*. După I. Iacobovici, simţul clinic, "un nou simţ", este expresia unui spirit totodată analitic şi sintetic, fundamentat nu numai pe o cultură medicală de specialitate, ci şi pe o cultură generală temeinică şi pe "pregătirea sufletului pentru tot ce este mai bun şi mai frumos".

Marii clinicieni din trecut cereau medicului să-şi dezvolte simţul de observaţie şi sensibilitatea întocmai ca un pictor căruia nu-i scapă nici un detaliu (Sydenham). Antrenamentul regulat este necesar ca şi pentru un violonist - scria N. Fiessinger. Dar observaţia medicală - cum remarca I. Haţieganu - nu este numai muncă perceptivă, ci şi muncă interpretativă. Am putea spune că observaţia medicală este o observaţie sensibilizată prin cunoştinţe şi care, totodată, ridică la fiecare pas probleme. Din acest punct de vedere, ea seamănă cu munca de investigaţie a unui detectiv.

Metodologia diagnosticului

Evoluţia medicinii se oglindeşte, în mare măsură, în preciziunea şi rafinamentul diagnosticului. Totodată, talentul şi priceperea personală a medicului se oglindesc *mai ales* în *arta* diagnosticului. "În unele specialităţi medicale, culmea artei chiar poate fi reprezentată de un diagnostic de fineţe" (P. Brînzeu, 1967). De la diagnosticul simptomatic - de fapt o etichetare descriptivă - la cel de sindrom şi, apoi, la diagnosticul nosologic şi la cel etiologic, medicina a marcat progrese în depistarea anomaliilor, în interpretarea valorii lor informative, în siguranţa concluziilor. Acum aproape 100 ani, P. S. Botkin spunea că ar fi foarte bucuros dacă 30% din diagnosticele puse de el ar fi juste. Cu 60 ani mai târziu, Lenormant îşi atribuia 20% diagnostice eronate. Rafinarea diagnosticului a dus la întemeierea capitolelor privind diagnosticul topografic, de evoluţie şi complicaţii, de forme clinice, de asociaţii morbide, de "teren reactiv" şi constituţional etc.

Diagnosticul pozitiv poate fi considerat ca o aplicare a metodei inductive; el constă din *gruparea* logică a simptomelor într-o *ipoteză*, ceea ce limpezeşte atât cauza lor, cât şi valoarea lor relativă. Simptomele - scria J. Mackenzie - sunt ca "materialele utilizate pentru construcţia unui edificiu". Diagnosticul pozitiv se confirmă prin diagnosticul diferenţial, care urmăreşte tot recunoaşterea bolii, dar se bazează pe cunoştinţele de patologie (nosologie) privind *diferitele* boli (asemănătoare ca aparenţă) şi uzează de metoda deductivă - procedând prin eliminare. Diagnosticul diferenţial este mijlocul de a trece de la mai multe *ipoteze* la ipoteza cea mai plauzibilă sau cea mai probabilă. Botkin scria că diagnosticul este o ipoteză *mai mult sau mai puţin probabilă*, care se cere verificată necontenit, iar A. Berger spunea că este ipoteza *cea mai probabilă*. Gândirea medicului care-şi urmăreşte bolnavul este de tipul gândirii experimentale. Certitudinea este posibilă în cazurile în care există simptome caracteristice sau patognomonice, în cele în care este posibil un diagnostic etiologic de laborator etc. Semnele caracteristice permit raţionamente de *tip categoric*. În general, raţionamentele inductive şi deductive se împletesc în cursul operaţiei logice de diagnosticare. Alteori, se foloseşte analogia simplă - de fapt folosirea memoriei, care a înregistrat în trecut tablouri asemănătoare. Analogia este larg folosită de profani şi este un mijloc nesigur. V. Vasilenko (1959) numeşte "analogie" şi

compararea simptomatologiei cazului dat cu o entitate cunoscută din nosologie pentru stabilirea identităţii lor: ar fi metoda *de bază* de a recunoaşte în tabloul clinic dat semnele clasice ale unei boli cunoscute. După I. Peatniţchi această metodă ne oferă cel mult *denumirea* bolii, nu însă *cunoaşterea* bolnavului; ea nu exclude prezenţa altor procese patologice şi nu oferă suficiente garanţii împotriva confuziei cu alte boli similare ca simptomatologie.

Diagnosticul poate fi pus imediat, atunci când raţionamentele sunt clare şi simple, când medicul are cunoştinţe vaste şi experienţă etc.; identificarea diagnosticului *prompt* cu diagnosticul *intuitiv* nu este însă corectă. Diagnosticul tardiv poate fi - în rare cazuri - un diagnostic *ex juvantibus* (luând în considerare efectul bun al unei terapeutici - de exemplu al chininei în malaria *atipică)* sau *ex nocentibus* (precizarea se obţine prin efectul dăunător al unei metode de investigaţii sau al medicaţiei folosite); poate fi un diagnostic *intraoperator* sau *(horribile dictu!)* un diagnostic de prosectură.

Valoarea informativă a interogatorului pentru stabilirea diagnosticului este imensă. I. Haţieganu estima la 50-60%, procentul diagnosticelor corecte ce se pot pune pe baza unei anamneze bine conduse. Dar ştiinţa şi arta interogatoriului se câştigă relativ târziu şi cu mari eforturi, iar fructificarea sa cere experienţă şi cunoştinţe vaste. E. Rist arată că tehnica necesită *cunoaşterea oamenilor;* fructificarea sa - scria Fiessinger - presupune "ştiinţa de a pătrunde în psihismul bolnavului". Tendinţele logoreice ale unor bolnavi, tendinţele la laconism ale altora, exagerările, "ascunderea după deget", disimularea şi simularea, falsificarea interesată şi mitomania, dorinţa de a poza şi de a părea interesant, nivelul cultural inegal al medicului şi al pacientului, accentul nejustificat pus de bolnav pe unele dintre simptome - sunt tot atâtea obstacole în calea reuşitei unui interogatoriu. Medicul trebuie să ştie şi să asculte, dar să şi întrebe. Deşi se admite în general că, de obicei, semnele fizice au o valoare diagnostică mai mare decât semnele generale, funcţionale şi subiective - această idee, dogmatizată, este foarte primejdioasă. La drept vorbind, *subiectiv* este numai coloritul plângerilor bolnavului, nu însă şi realitatea morbidă care le determină (I. Peatniţchi); relativitatea simptomului *subiectiv* este

determinată doar de faptul că în cazul de faţă un fenomen *existent obiectiv* este interpretat de bolnavul însuşi (V. P. Petlenko, 1960).

În practică, avem de-a face de cele mai multe ori cu semne care nu sunt patognomonice şi ele ne obligă să folosim raţionamente disjunctive sau condiţionate *(sau-sau; dacă-atunci)* - enunţurile nefiind absolut veridice.

Regulile diagnosticului clinic sunt indicaţii metodologice menite să evite "curse" de natură psihologică. *Neglijenţa* se exprimă de obicei printr-un examen superficial sau incomplet; mulţi medici greşesc - nu pentru că nu ştiu atât cât ar trebui să ştie, ci pentru că nu văd totul (Corrigan). *Unilateralitatea* explorării se exprimă de obicei prin folosirea unor tehnici sau procedee în dauna altora - primejdie semnalată încă de Laënnec, asupra căreia a insistat E. Sergent. Este semnificativ faptul că Laënnec, care a introdus auscultaţia, a pus în gardă împotriva utilizării *exclusive* a acesteia în diagnosticarea bolilor de plămâni. Uneori, medicul renunţă la unele metode de explorare pentru consideraţii care *nu* sunt de ordin medical (sex, vârstă, condiţie socială). Toţi bolnavii trebuie priviţi cu aceiaşi ochi - spunea Laënnec. Cancerul rectal al unuia dintre regii dinastiei Hohenzollern n-a fost diagnosticat la timp, deoarece medicii n-au îndrăznit să-i facă un tuşeu. *Ideea preconcepută* caracterizează pe medicul "mic" (de vreme ce "rigoarea unui examen clinic fără idee preconcepută este aceea care caracterizează pe medicul mare", scrie F. Poilleux). După R. Cruchet, este criticabil medicul "cu capul plin de tipuri clinice cunoscute, care caută să facă să intre în aceste tablouri toate cazurile de bolnavi pe care îi are de tratat" Relativ rari sunt şi medicii care ştiu să se ţine departe de ideile la modă: astfel ideea "la modă"a infecţei de focar a determinat extirparea în masă a amigdalelor şi a apendicelor, extragerea inutilă a milioane de dinţi. O teorie patogenică *en vogue* generează înclinaţii către anumite diagnostice, creează adevărate iluzii celor care explorează bolnavii. Astfel, teoria autoînsămânţării tuberculoase prin fistulizare ganglionară endobronşică (Schwartz) a dus, temporar, la creşterea masivă a diagnosticelor de fistulizarea endobronşică în cursul examenelor bronhoscopice; "valul" a durat câţiva ani şi s-a observat că variaţia frecvenţei acestui

diagnostic a fost mai mare la medicii entuziaşti şi neînsemnată la sceptici (O. Bercea). Trebuie să facem însă o deosebire între diagnostice la modă, boli la modă şi boli frecvente într-o anumită epocă (tuberculoza, la mijlocul secolului trecut!). Există diagnostice pe care aproape că le "solicită" bolnavii: cel de *colită* la începutul secolului nostru, cel de *nevroză* sau de boală *endocrină* astăzi. *Spiritul de sistem* face pe medicii care şi-au pierdut libertatea de spirit (sau n-au avut-o niciodată) să interpreteze monoton o mare varietate de boli. La începutul secolului al XIX-lea, Broussais vedea peste tot gastro-enterită şi endarterită, pe care le trata prin dietă şi prin sângerări (se zice că el însuşi şi adepţii săi au vărsat mai mult sânge decât Napolean prin războaiele sale). La mijlocul secolului al XX-lea, unii psihanalişti nu vedeau peste tot decât nevroze de origine sexuală, iar pavloviştii dogmatici numai boli corticoviscerale.

Mai departe, gândirea diagnostică suferă *interferenţe afective* (P. Mauriac). De aici, regula de a nu face diagnostice în familie şi de a nu încerca diagnostice pe propria persoană.

Gândirea diagnostică trebuie să fie suplă, mobilă, dinamică, receptivă la orice element nou care intervine pe parcurs: boala însăşi evoluează, se poate complica, se poate asocia cu alta. Trebuie să ne "dea de gândit" mai ales elementele care survin ca o notă discordantă (Brînzeu).

Frecvente sunt cazurile în care nu se poate ajunge la un diagnostic *mulţumitor pentru medic:* o îndoială "asimilabilă cu prudenţa" (Brînzeu) - dar care nu trebuie să degenereze în lipsa de încredere în propriile forţe, în lipsa de încredere în medicină sau în nihilism terapeutic. O *anumită* îndoială poate fi considerată (în buna tradiţie carteziană!) ca o "fericită dispoziţie de spirit pentru a merge cu certitudine pe drumul adevărului" (Roskam, 1930). Medicul nu trebuie să fie sceptic, ci rezervat, eventual ezitant pentru că "nu ignorează întinderea ignoranţei sale" (E. Sergent), pentru că, în fine, este modest.

Dar diagnosticul nu este o problemă pur intelectuală. El este un act încărcat de răspundere, iar contactul viu, direct, cu bolnavul îi creşte valenţele afective. Diagnosticul îndoielnic, în cazurile grave, reprezintă o situaţie dramatică. Uneori, diagnosticul este pretins cu urgenţă, pentru că numai o intervenţie urgentă poate fi salvatoare. Pentru medic este o obligaţie, aceea de a nu fi indolent. Saegesser recomandă că în faţa bolnavului medicul să-şi pună întrebarea: ce aş face dacă ar fi vorba de mama mea, de copilul meu? Poate că această recomandare este mai impresionantă decât aceea dată la 1575 de Ambroise Paré: "fiţi faţă de alţii cum aţi vrea ca alţii să fie faţă de voi". I. Iacobovici conchidea, la sfârşitul strălucitei sale cariere chirurgicale, că - în caz de îndoială - se impune să operezi "căci este mai bine să regreţi la masa de operaţie, decât la cea de autopsie".

O răspundere deosebită se iveşte şi în cazurile în care se pot folosi mijloace de investigaţie ce comportă oarecare riscuri pentru bolnav. Aceste riscuri pot fi estimate pe baza statisticii accidentelor şi incidentelor, după cum poate fi estimat şi riscul pe care-l poate aduce renunţarea la o explorare lămuritoare (cu alte cuvinte se poate aprecia utilitatea ori serviciile aduse bolnavului). Cel mai bun diagnostic (spune M. Bürger) este acela care, apropiindu-se cel mai mult de adevăr, este stabilit cu mijloacele cele mai simple şi mai puţin obositoare pentru bolnav. Bürger numea "diagnostic cu harponul" pe cel bazat pe puncţie sau pe excizia bioptică a bucăţii de organ; desigur el exagera. Diagnosticul explorativ ia, în unele cazuri, caracterul unei *vivisecţii* (metode "invazive").

Apelul la mijloacele de laborator este, fireşte, îndreptăţit de cele mai multe ori, dar el poate deveni numai masca unei "poziţii de trândav" (Pasteur Valléry-Radot) sau - adăugăm noi - a fricii de a-şi lua răspunderea unui diagnostic pe baza explorării clinice. Există - din ce în ce mai răspândită! - şi o credinţă oarbă în laborator, credinţă care a fost asemănată cu superstiţiile, cu apelul la "ghicitul în cafea" (A. Bourguignon) sau chiar cu credinţele magice. O asemenea credinţă oglindeşte atât fetişismul tehnicii, cât şi fetişizarea "datelor obiective" (eventual a datelor cantitative).

În această ordine de idei remarcăm că, în cadrul instrucţiei şi al educaţiei medicale, nu se acordă atenţia cuvenită expunerii surselor de eroare în determinările de laborator sau a limitelor de precizie la care ne putem aştepta (aproximaţii legate de variabilitatea inter- şi

intraindividuală, de erorile inerente tehnicii folosite, de "educaţia personală" a operatorului); nu se vorbeşte aproape deloc despre falsele diagnostice pozitive şi despre falsele diagnostice negative etc. Numeroase sunt micile drame generate de constatarea unei variaţii de câteva sute de mii de hematii sau de 1-2 mii de leucocite în hemogramă. Unii medici înregistrează fidel cea de a doua zecimală în dozări biochimice care au o eroare inerentă de 5-10% ("iluzia zecimalelor"). Laboratorul nu poate înlocui studiul direct al bolnavului, ci îl poate doar completa, clarifica, rectifica (Chauffard). "Examenele speciale, cu toată importanţa lor în unele cazuri hotărâtoare, rămân în principiu un auxiliar al metodei clinice. Explorările speciale constituie o necesitate *pentru* clinică. Superioritatea examenului clinic constă în faptul că el operează cu percepţii şi reprezentări polisenzoriale foarte complexe, cu mare capacitate de cuprindere a tabloului integral al organismului bolnav şi al reacţiilor sale... Examenele speciale, mai ales cele de laborator, dimpotrivă, nu ne dau, de obicei, o imagine integrală a tabloului morbid, ci vizează diferite verigi sau aspecte separate ale acestuia. În schimb, au avantajul că dezvăluie mecanismele intime, esenţa fenomenelor morbide şi pot atinge o înaltă specificitate" (I. Peatniţchi). Simptomele clinice au un grad de specificitate redus, sesizarea lor depinde de experienţa şi starea psihologică a observatorului şi (ceea ce este important!) nu se pretează la aprecieri cantitative exacte.

Cele mai *frumoase* diagnostice sunt cele în care decursul logic este evident şi explicit. În afară de *tipul raţional* al diagnosticianului, există însă şi *intuitivul.* De multe ori intuitivii nu sunt în stare să-şi justifice diagnosticul *corect* şi *subtil.* Probabil că este vorba de procese asociative extraordinar de rapide (L. L. Seputo, 1963), decurgând mai ales în subconştient. Putem deosebi, de asemenea, tipul diagnosticianului *abstract,* teoretician şi tipul de gândire *concretă,* de multe ori empirist. Printre tipurile de gândire întâlnite printre medici este şi *probabilistul.* Caracterul *probabilist* al "calculului mintal" pe care-l face diagnosticianul a fost recunoscut de către clinicienii francezi încă de la mijlocul secolului al XIX-lea. Adăugăm pe *obiectivist* (la care aprecierea datelor aduse de laborator îmbracă

aspectul de prejudecată) şi pe *logicist* (care judecă în termeni de "sau-sau"). Subliniem că, printre medicii practicieni, există *tipuri* care excelează în diagnostic şi altele care excelează în terapeutică sau în prognostic. Marele chirurg operator nu coincide întotdeauna cu excelentul diagnostician.

Pentru metodolog, diagnosticul medical este un admirabil exemplu de gândire dialectică complexă (Peatniţchi).

*

Dezvoltarea ciberneticii a dus, după cum se ştie, la constituirea unei veritabile "automatici intelectuale", maşinile moderne de calcul fiind chemate să rezolve probleme logico-matematice. Printre aceste probleme se numără şi cea a stabilirii unui diagnostic medical. Transferarea către maşină a sarcinii de a stabilii diagnosticul presupune *programarea* maşinii în acest sens. Programarea presupune, la rândul ei, posibilitatea de a exprima, prin simboluri matematice, decursul operaţiilor logice şi de calcul în precizarea diagnosticului (algoritm), deci existenţa unei teorii *logico-matematice* a diagnosticului medical.

Teoriile logico-matematice ale diagnosticului medical *nu* îşi propun să reconstituie procesul mental al medicilor aflaţi în căutarea diagnosticului, ci să ajungă la acelaşi rezultat ca şi medicul, prin mijlocirea unui număr finit de operaţii. Prin analogie, putem spune că avionul nu imită zborul păsărilor, dar ajunge la un rezultat asemănător (sau chiar superior). Baza comună a acestor teorii o constituie relaţia *statistică* dintre simptome şi leziune, respectiv dintre simptome şi boală. Puţine simptome sunt *patognomonice,* adică întâlnite în exclusivitate într-o anumită boală; marea lor majoritate se întâlnesc cu frecvenţe diferite în diferite boli, ceea ce înseamnă că prezenţa lor *sugerează* diagnostice diferite cu probabilităţii diferite. Asocierile de simptome (complexele morbide) întăresc unele prezumţii: la un număr suficient de simptome, probabilitatea unui diagnostic se învecinează cu certitudinea. Totodată, asocierea unor simptome care contraargumentează un diagnostic (ele se numesc *antisimptome)* când, practic, putem exclude eventualitatea acestei boli.

Superioritatea maşinii, în unele cazuri mai simple, poate fi explicată şi prin aceea că ea nu este influenţată de oboseală sau de factori emoţionali, iar memorie ei este mai cuprinzătoare şi mai exactă. În schimb, omul are posibilităţi mai mari decât maşina în diferenţierea nuanţelor stării bolnavului după examenul exterior, după anamneză şi după istoric; chiar în cazul unui număr redus de date, el construieşte ipoteze după care se călăuzeşte.

Confruntarea rezultatelor obţinute de medic şi de maşină poate avea drept scop *corectarea* reciprocă a erorilor (Warner, 1964). În acest fel se poate obţine o *ameliorare* a indicilor de performanţă la medici, în urma "interacţiunii" medicilor cu calculatoarele.

Folosirea calculatoarelor în scop de diagnostic se întrevede în primul rând pentru cazurile complexe şi pentru cazurile rare, atipice; de asemenea, pentru "triajul prealabil" pe baza fişelor anamnestice sau pe baza câtorva explorări simple, preliminare. Dar se imaginează folosirea lor în *depozitarea* şi *prelucrarea* informaţiei clinice cotidiene, cu scopul "reconstruirii" sistematice a întregii nosologii.

Erorile de diagnostic

Errare humanum est. În medicină erorile sunt frecvente - dar frecvenţa lor scade odată cu progresul ştiinţei şi cu perfecţionarea metodelor de investigaţie. Totul este: 1) să greşim cât mai puţin - spunea Hipocrate şi - după peste două milenii - Dupuytren (care se mândrea că a greşit mai puţin decât alţii); 2) să învăţăm din greşelile care s-au produs ("greşelile nu sunt decât greşeli când ai curajul să le publici, dar ele devin crime când orgoliul te determină să le ascunzi" scria, acum două secole, chirurgul J. L. Petit).

Greşelile (erorile) pot fi împărţite după diferite criterii. De obicei, se înţelege prin greşeală de diagnostic un diagnostic neadevărat (o neconcordanţă *totală);* neconcordanţele parţiale corespund "aproximaţiilor" şi sunt, mai ales, erori prin omitere (omisiune) (de boală asociată, stadiu, complicaţii, etiologie etc.): *diagnostice incomplete.*

Stabilirea erorii de diagnostic poate fi făcută prin examene ulterioare complementare *(infirmări* de diagnostic), prin aprecierea rezultatelor tratamentului aplicat pe baza diagnosticului, prin intervenţie chirurgicală, prin autopsie etc. Henri de Mondeville scria că chirurgia este superioară medicinei între altele pentru că erorile sunt nepermise - fiind mai prompt sesizate şi sancţionate. De observat că ineficacitatea tratamentului nu este *strâns* corelată cu eroarea în diagnostic! De asemenea, subliniem că între *gravitatea* erorii, privită din punctul de vedere al ştiinţei şi al logicii, şi *gravitatea* consecinţelor sale pentru bolnav, nu există o corelaţie foarte strânsă.

Geneza psihologică a erorii este primul aspect care ne interesează. Cauzele psihologice pot să rezide în bolnav (vezi subcapitolul anterior), dar şi în medic, sau mai ales în medic: ignoranţa; dar - "la o greşeală datorată necunoaşterii revin zece greşeli datorată neglijenţei" (ceea ce este, probabil, o exagerare). Un examen poate fi incomplet pentru că nu i se consacră timpul necesar, medicul este grăbit, examinează în fugă, nu gândeşte suficient. Dar el poate fi incomplet din cauza oboselii.

Ce se numeşte greşeală din *subiectivism?* Unii susţin (noi suntem de altă părere) că medicul dă dovadă de subiectivism atunci când acordă o importanţă excesivă plângerilor bolnavului - mai ales acelora care reflectă senzaţii şi percepţii, şi nu tulburări funcţionale. Subiectivism poate însemna însă subaprecierea datelor de anamneză şi de istoric, încrederea exagerată în propriile simţuri sau minimalizarea aportului adus la închegarea unui diagnostic de un grup sau altul de mijloace de investigaţii. Ideile preconcepute, analogiile superficiale generează, de asemenea, erori prin subiectivism. Pare paradoxal - dar şi supraaprecierea datelor furnizate de laborator este o variantă de subiectivism, deşi această variantă ar fi cel mai bine etichetată cu termenul de obiectivism. *Les extrêmes se touchent.*

Gândirea nedialectică generează din plin erori de diagnostic. Gândirea "dialectică" înseamnă a vedea în spatele simptomelor interdependenţa lor, a aprecia subtil şi diferenţiat legătura dintre cauză şi efect, a ţine seama de faptul că valoarea aceluiaşi simptom poate să

difere în funcţie de momentul evolutiv al bolii, a lua în considerare reacţia întregului organism etc. "Cine judecă fragmentar, acela neagă medicina", scria A. P. Cehov.

*

O altă problemă importantă priveşte *atitudinea medicului faţă de eroare:* faţă de propriile erori, faţa de erorile confraţilor.

Medicul vanitos se consideră cvasiinfailibil. În această privinţă, un exemplu pozitiv, încă neegalat poate, îl reprezintă marele chirurg rus Pigorov, care a lucrat la mijlocul secolului trecut şi care considera că orice profesor "trebuie să resimtă în el însuşi un fel de necesitate organică, care să-l oblige să-şi dezvăluie cât mai repede posibil greşelile astfel ca -, la rândul lor -, cei care sunt mai puţin instruiţi să poate să evite de a le comite". S-ar putea spune că, în felul acesta, experienţa "istorică" individuală ajunge să contribuie la profilaxia greşelilor la îndemâna tuturor, să ajute ca "istoria să *nu* se repete".

Un principiu vechi de morală practică pretinde să ierţi pe alţii, dar niciodată să nu te ierţi pe tine însuţi.

Autocritica nefăţarnică şi critica constructivă sunt condiţiile *sine qua non* ale instruirii. Şedinţele anatomoclinice sunt de aceea de un imens folos formativ şi educativ.

Aşa cum a insistat I. Goia, studiul erorilor medicale este o inegalabilă şcoală a medicinii concrete. I. Goia distinge printre alte cauze de erori: "cursele pe care natura le întinde medicului neavertizat" (numeroase cazuri de boli atipice); greşelile care apar în urma specializării analitice (specialiştii "nu văd pădurea din cauza copacilor"); cele din cauza supraaglomerării; cele din cauza superficialităţii pregătirii; cele datorate labilităţii celor doi factori umani, bolnavul *şi* medicul; cele din cauza lipsei simţului răspunderii şi cele din cauza "inexistenţei pasiunii nobile pentru profesiunea aleasă".

Primejdia "mecanizării" şi limitele "automatizării"

Să revenim la problema *diagnosticului nosografic.* Dacă sarcinile medicinii terapeutice s-ar reduce la scheme liniare de tipul: "simptome - interpretare - prescripţie", *automatizarea* actului de diagnostic pare cât se poate de oportună şi se poate preconiza înlocuirea treptată a medicului de către maşini. Ştiinţa medicală este şi devine atât de vastă, încât nici un medic nu poate să înveţe totul şi să-şi amintească, fără greş şi atunci când trebuie, tot ce a ştiut. Numai maşinile cibernetice sunt apte să înregistreze, să prelucreze şi să păstreze uriaşa documentare bibliografică şi informaţia clinică ce se adaugă la suma cunoştinţelor medicale într-un ritm tot mai viu. Hamburger (1968) a arătat că un procent tot mai mare de erori de diagnostic (şi mai ales de tratament) ţine de lipsa unei informări exhaustive. Pentru adepţii concepţiei "tehnocratice" în medicină, în felul acesta s-ar atinge *un ideal* de obiectivitate, de raţionalitate şi de precizie. În afară de o elită de cercetători, însărcinată să facă să progreseze ştiinţa şi să ţină la zi catalogul progreselor, medicii nu ar mai avea (în cazul "cibernetizării" tehnice a medicinii) decât o funcţie de *instrumentare;* invenţia şi intuiţia personală nu şi-ar mai găsi locul. O caricatură a acestui ideal o reprezintă fenomenul (din nefericire destul de întâlnit) al "mecanizării diagnosticului", - adică al unei rutine "mecanice" în rezolvarea problemelor *intelectuale* ale practicii medicale, care renunţă din ce în ce mai mult la gândirea interpretativă şi creatoare, pentru a folosi în principal memorizarea câtorva scheme-şablon de diagnostic şi de tratament (D. Postelnicu). Acelaşi autor (1968) vorbea despre "diagnostic nosografic" şi "diagnostic biologic" (înţelegând prin "diagnostic biologic", lămurirea etiologică, ecologică, patogenică şi în raport cu individualitatea organică). Dar diagnosticul trebuie să fie "antropologic" - explicând: a) de ce boala "este aşa cum este"; b) de ce a apărut tocmai la acest bolnav şi tocmai acum. Boala este *expresie,* are sens şi semnificaţie pentru viaţă şi pentru organism ("pentru ce?" şi nu numai "din ce cauză?").

Despre un diagnostic în etape al persoanei

Schlemmer vorbeşte despre *registre* sau *niveluri* care se cer parcurse succesiv pentru a ajunge de la diagnosticul nosografic la diagnosticul care ţine seama de problematica de viaţă a persoanei.

Bineînţeles că, mai întâi, se cer luate în seamă simptomele resimţite de bolnav şi culese de medic - ele constituind baza pentru diagnosticul primar (de exemplu, ulcer gastric). Un al doilea nivel ar fi acela în care bolnavul este considerat ca fiinţă *animală*, a cărui organism caută să-şi restabilească homeostazia, manifestand de exemplu o reacţie "de alarmă" (de ex. bolnavul se alimentează la ore neregulate). Al treilea nivel este mai profund: pacientul este văzut ca o fiinţă *umană* care iubeşte, înţelege şi întreabă. El poate fi un anxios şi un nevrozat. La un alt nivel, sensul suferinţei se inseră în perspectiva socială: starea nevrotică se datorează, de pildă, relaţiilor de serviciu. Sensul acestei perturbări este deci al unei probleme de viaţă concretă. Cu aceste patru niveluri nu s-au epuizat straturile persoanei, nici în înălţime (probleme axiologice, de responsabilitate, "existenţiale" în sens strict) şi nici în adâncime (probleme de psihologie abisală).

Aşadar, la fiecare bolnav este necesară o tehnică a investigării cu o abordare a bolnavului în planuri; în această perspectivă, relaţia cu bolnavul capătă o deosebită valoare *semantică* şi *terapeutică (semantică*, pentru că ea îl introduce pe medic în registre de semnificaţii şi de realitate care altfel îi erau închise).

O întrebare care se pune frecvent este următoarea: cum trebuie să evalueze medicul simptomele "nevrotice" pe care le întâlneşte în practica cotidiană? Trebuie ele considerate semnificative sau neglijabile? Sunt ele expresia unor conflicte trecute, depăşite cu succes şi compensate sau, din contră, sugerează că procesul psihopatologic este încă activ sau reactivat? Răspunsul este greu de dat în multe cazuri. Adesea pacientul, datorită unui fel de exhibiţionism, aflând că medicul este avizat asupra problemelor psihologice, îşi etalează excesiv tulburările şi simptomele. De la *înregistrare* la *evaluare* - iată pasul important care cere obiectivitate şi experienţă.

În timp ce în medicina "organică" diagnosticul înseamnă în primul rând o înţelegere intelectuală a *bolii*, în investigarea psihologică înţelegerea bolnavului cuprinde şi o înţelegere afectivă. În timp ce în medicina organelor se stabileşte o *relaţie profesională*, în medicina "persoanei" se stabileşte o *relaţie personală* (Balint).

Simptomatologie psihică şi remedii psihotrope în homeopatie

Homeopatia (întemeiată de Hahnemann şi dezvoltată de peste un secol) se călăuzeşte după principiul *similia similibus curantur*, prescriind remedii care, la omul sănătos, produc un tablou simptomatic asemănător celui prezentat de bolnav. Acest tablou simptomatic experimental alcătuieşte *patogenezia* remediului. Remediul este dat de diluţii preparate într-un anume fel ("dinamizate"). Ceea ce impresionează în orice *materia medica* homeopatică sau în orice *repertoriu* homeopatic (instrument de lucru aproape indispensabil - cum ar fi repertoriul lui Kant) este abundenţa de acuze subiective cărora homeopatul le acordă importanţă *în specificul lor*, cu atât mai mult cu cât acuzele sunt mai neobişnuite.

Gama informaţiilor subiective care pot orienta către remediul *similimum* este foarte variată, iar sistematizarea noastră este orientativă, sau - mai curând - ilustrativă.

Menţionăm, mai întâi, modificarea sensibilităţii pentru excitaţiile care ne vin pe calea organelor de simţ al exterocepţiei: fotofobia *(Conium)*, hiperacuzia *(Conium, Coffea cruda, Borax)*, intoleranţa la căldură *(Iodium)* sau frilozitatea *(Sabadilla)*, intoleranţa la strânsoarea vestimentelor *(Lachesis)*, incapacitatea de a suporta durerea *(Aconitum, Colocynthis, Chamomilla, Ignatia)*. Capitolul paresteziilor *(Aconitum* etc.) se conectează cu capitolul foarte vast al cenestopatiilor, din care dăm câteva exemple.Unii bolnavi se plâng de impresii bizare, cum ar fi aceea de a avea o pânză de păianjen pe faţă *(Bromium, Caladium, Baryta carbonica)* sau pe mâna dreaptă *(Borax)*, aceea de a avea o muscă ce se plimbă pe faţă *(Caladium)*, de a se simţi prea greu

(*Glonoinum*); creştetul capului se deschide şi se închide alternativ (*Cannabis indica*); la deşteptare, se simt bătăi în anus sau vulvă (*Cenchris*) sau în lombe (*Sabina*); "cunoştiinţa propriului uter" se găseşte în patogenezia a cel puţin trei remedii (printre care *Medorrhinum* şi *Murex*); senzaţia după care inima se opreşte este specifică pentru *Digitalis* - cea după care inima "se mişcă" - pentru *Gelsemium*. Mai cităm: senzaţia unei bule care urcă din esofag spre gât (*Asa foetida*), de greutate intolerabilă a organelor abdominale (*Lac caninum, Sepia*) care "tind" să iasă prin vagin (*Lilium tigrinum*) etc. Pentru *Elaps* se notează gustul de sânge în gură; pentru *Mezereum* - impresia că dinţii sunt prea lungi, iar pentru *Crotalus* - impresia că ochii cad din orbite, iar membrul inferior drept este prea scurt. Există cel puţin 5 patogenezii cu senzaţia de dedublare (*Stramonium, Petroleum*). În aceste situaţii sunt tulburări ale integrării senzoriale ce duc la "imaginea" propriului corp.

O altă categorie de simptome se referă la halucinaţii, insistându-se asupra specificităţii lor: şoareci sau şobolani (*Aethusa cynapium*), şerpi sau păienjeni (*Lac caninum*), halucinaţii olfactive greţoase (*Paris*) etc.

Un capitol divers este cel care priveşte diferite funcţii intelectuale: memoria, atenţia, ideaţia, puterea de concentrare (*Phosphoric acidum, Phosphorus, Agaricus muscarius, Baryta carbonica*) - până la ceea ce numim imbecilitate (*Bufo rana*), abrutizare sau prostraţie. Ele fac parte frecvent, din stări mai complexe: epuizare mentală, apatie, depresiune.

Un capitol vast se referă la sfera afectivă. Într-un repertoriu "succint" (Kalmar, 1955) sunt trecute 22 forme de agitaţie, 40 forme de anxietate. Sunt bine cunoscute de către homeopaţi cele determinate (sau corespunzătoare la) *Aconitum napellus, Argentum nitricum, Arsenicum album*. În acelaşi repertoriu sunt notate 16 forme de emotivitate, 5 remedii pentru stări de excitaţie, 17 forme de eretism sexual şi 12 remedii pentru eretismul ideativ. Stări mai complexe sunt cele de dezgust de viaţă, cu sau fără tendinţă de sinucidere; de impresionabilitate, de intoleranţe, de iritabilitate şi de impulsuri. Cităm că, după homeopat, impulsiunea către sinucidere este diferenţiată după cum ea se leagă de obiectele tăioase (*Alumina*), de cele ascuţite (*Spigelia*), de armele de foc (*Antimonium crudum*), de înec (*Drosera, Pulsatilla*), de aruncarea în gol (*Argentum nitricum*). Sunt notate cu atenţie impulsiunile de a muşca (*Belladona, Hydrophobinum*), de a sfâşia (*Platina*), de a sparge (*Hepar sulfur*), de a lovi (*Tarentula*), de a ucide (*Platina*), de a fi grosolan (*Anacardium*) etc.

Ar fi greşit să se creadă că homeopatia se adresează doar stărilor intercurente. Este bogat şi repertoriul caracteriologic, Kalmar ocupându-se succesiv de caracterul arogant, brutal, capricios, coleric (cu 8 variante), contradictoriu, direct, grosolan, certăreţ-instabil (*Pulsatilla*), gelos, maniac, răutăcios, neîncrezător, metodic, morocănos, neglijent, orgolios, leneş, pretenţios, taciturn, timid, veleitar.

În multe patogenezii, simptomatologia are evidente valenţe axiologice: scrupulozitate (*Chelidonium*), autoculpabilitate (*Aurum*), impresia de a fi comis un act de neiertat (*Cerus, Ferrum*), neglijenţă autocondamnată (*Pulsatilla*), tendinţa la desfrâu (*Fluoric acidum*), religiozitatea morbidă (*Lachesis, Platina* etc.).

Unele simptome au de-a face cu atitudinile faţă de boală, moarte, tratament. Teama de a deveni nebun (*Alumina, Argentum nitricum*), teama de a se sufoca (*Grindelia robusta*), teama de a muri de boala de care suferi (*Aconitum, Spongia*), teama de moarte apropiată (*Agnus cactus, Petroleum, Phytolacca, Platina*) sau de moarte iminentă (*Aconitum, Camphora, Argentum nitricum*), cancerofobia, teama de contaminare (*Borax*), teama de o cardiopatie (*Lachesis*), teama de ictus apoplectic (*Phosphorus*), teama de a fi intolerant la medicamente (*Allium sativum*), teama de a avea o boală gravă (*Cactus, Drosera, Lac caninum*), teama de a fi incurabil (prezentă în multe anxietăţi, depresiuni, pitiatism - şi în *Phosphoric acidum*) etc. nu sunt simple "variante" de ipohondrie (pentru aceasta, repertoriul indică 18 remedii, printre care *Petroleum, Sabadilla, Graphites*). Există şi frica de a fi internat (*Lachesis*). Se diferenţiază remediile adecvate, inclusiv după felul în care acţionează *consolarea*: ea agravează (*Arsenicum album, Helleborus, Sepia, Stannum, Platina*) sau ameliorează (*Aurum, Asa foetida, Pulsatilla*). Este natural să apară şi variate forme de autodevalorizare la cei suferinzi.

Menţionăm, în sfârşit, cel puţin 67 de situaţii de insomnie în patogenezii diferite şi numeroase tipuri de vise (inclusiv după conţinut).

Psihologia relaţiilor dintre medic şi pacient

Introducere

Problemele acestor relaţii nu au fost totdeauna clar formulate şi, mai ales, nu au fost totdeauna bine rezolvate.

Între medic şi pacient, în afara aspectelor tehnico-profesionale, se stabilesc o serie de relaţii care pun faţă în faţă două psihologii diferite într-o situaţie de "colocviu singular" (Portes, Duhamel).

Bolnavul şi medicul nu ignorează nici unul nici altul că fără o ambianţă de încredere terapeutica este imposibilă. Cu toate acestea, de multe ori bolnavul este considerat un capitol de patologie, un prilej de experimentare, un caz ştiinţific, relaţia *medic-pacient* fiind transformată în relaţia *experimentator-obiect.* Aceasta a fost posibil datorită creşterii importanţei laboratorului, rezultatelor noilor terapeutici, instrucţiei savante a medicului, făcând pe mulţi să nu ia în considerare decât *boala* (nu bolnavul) şi să nu vadă în toate fenomenele patologice decât efectele unor atingeri de organ. E. Minkowski remarca: "atunci când ne îmbrăcăm halatul pentru a intra în serviciu, îmbrăcăm odată cu el şi atitudinea pe care o simbolizează, formaţia de medic şi, poate, şi *deformaţia* pe care o comportă". E. May critica faptul că mulţi medici văd în patul de clinică *fiinţa vie,* dar nu *omul cu suflet.* Primejdia "dezumanizării medicinii" l-a preocupat şi pe cunoscutul filosof francez G. Marcel. Dar încă Sydenham cerea ca "medicul să trateze bolnavul aşa cum el însuşi ar dori să fie tratat". G. Thibon spunea explicit: "ceea ce cer de la medic este să fiu tratat *ca om* de

către un *om...".* Încrederea în *ştiinţa* medicală este mijlocită de încrederea *într-un om,* care este medicul.

Putem să ne întrebăm: în ce măsură progresele psihologiei şi ale antropologiei (înţeleasă drept concepţie adecvată despre om) fundamentează o relaţie care se vrea, printre altele, fundamentată afectiv? Informaţia psihologică, pregătirea de specialitate în domeniul fenomenelor şi afecţiunilor psihice nu este însă suficientă. Aşa cum remarca R. Kourilski: "abordat de către un psihiatru, bolnavul se va simţi obiectul unei clasificări. Abordat de către psihanalist, el se simte în prezenţa unui soi de experimentator, a unui înregistrator impasibil; acesta trebuie să extragă din personalitatea sa o serie de fapte, care-i par foarte îndepărtate de suferinţele de care se plânge. Iar abordarea zisă psihosomatică este o juxtapunere şi o comparaţie a fenomenelor care se desfăşoară simultan în cele două registre".

Atunci când medicii au o atitudine apropiată faţă de bolnav (vorbe "bune", compasiune, explicaţii răbdătoare etc.), situaţia se schimbă. Este atitudinea vechilor clinicieni şi care contribuie în mare măsură nu numai la înţelegerea dintre medic-bolnav, dar şi la succesul terapeuticii. Ed. Pamfil a făcut observaţia că medicaţia veche nu dispunea de multe tratamente fizice, chimice etc. eficace, dar era totuşi *eficace* graţie psihoterapiei şi relaţiilor interpersonale medic-pacient.

Un bolnav este *în totalitate bolnav;* întreaga sa *persoană* participă la această dramă. Medicul trebuie *informat* că psihologia şi-a câştigat locul meritat în ansamblul ştiinţelor despre viaţă, că a fost demonstrată şi corelaţia strânsă a fenomenelor psihice cu cele considerate organice. El trebuie, în acelaşi timp, să fie *format* pentru a putea aborda bolnavul cu o anumită tactică psihologică. Medicul trebuie să fie util nu numai prin cunoştinţele sale de specialitate, ci şi prin sfaturile pe care le dă în vederea unei reconstrucţii sufleteşti şi morale.

Persoana "intră" în boală cu un anumit tip de sistem nervos şi de temperament, cu anumite dominante instinctuale şi axiologice, cu un anumit caracter şi fel de inteligenţă, cu o anumită ereditate, cu complexe şi cu păreri preconcepute, cu un anumit orizont cultural. Bolnavul ia anumite *atitudini* faţă de boală, dar în acelaşi timp şi

anumite *atitudini* faţă de medici: încredere, stimă, simpatie, dar - posibil - şi îndoială, teamă, dispreţ, ură.

*

Relaţiile medic-pacient fac parte din *psihologia comportamentului interpersonal*. În acest cadru se deosebesc cel puţin şapte categorii:

1. interacţiune socială (cooperantă sau competitivă) produsă de tendinţe care nu sunt propriu-zis de natură socială (cum ar fi nevoia de hrană sau de bani);
2. dependenţă - cuprinzând acceptanţă, interacţiune, ajutor, protecţie, călăuzire;
3. afiliaţie – cuprinzând proximitate fizică, contact prin priviri, răspunsuri calde şi prietenoase;
4. dominanţă - adică acceptarea de către alţii a poziţiei de lider, sau învăţător, sau critic, sau sfătuitor, sau judecător etc.;
5. sexualitate - cuprinzând proximitate fizică, contact corporal, interacţiune intimă, de obicei cu persoane de sex opus, atractive;
6. agresiune - lezarea altora pe plan fizic, verbal etc.;
7. autostimă şi ego-identitate: acceptarea autoimaginii de către alţii, sau acceptarea imaginii pe care o au alţii despre sine.

Diferite tipuri de psihopatii, nevroze şi psihoze le afectează în mod specific, terapeutica (chimică, fizică sau psihică) ameliorează acest comportament.

Analiza relaţiilor medic-pacient se poate face fructuos şi din alte puncte de vedere: lingvistic, comunicaţional în genere etc.

Despre dialogul medic-pacient

"În sanctuarele Greciei antice, Esculap nu vorbea, ci asculta", aminteşte Albeaux-Fernet. *A şti să asculţi* este prima condiţie a unui *dialog*. Dar ce poate să *spună* bolnavul? În general, el nu are cunoştinţele medicale care să-i permită o descriere a acuzelor sale în termeni proprii şi precişi. El poate să tacă din timiditate sau pentru că nu găseşte cuvintele potrivite. El poate folosi cuvinte "goale" de conţinut şi cuvinte vagi. Este bine cunoscută (şi naturală) ezitarea de a vorbi tocmai despre detaliile cele mai importante, dacă ele sunt de ordin intim sau dacă ele aruncă o lumină nefavorabilă asupra persoanei sale.

Cum trebuie să procedeze medicul pentru a obţine detaliile ce conţin multă informaţie necesară diagnosticului, fără a-l sugestiona pe bolnav să răspundă în sensul unui diagnostic preconceput – iată ceea ce nu se învaţă decât printr-o îndelungată experienţă. Aici putem aminti doar că motivele cele mai supărătoare pentru bolnav (de ex. cefaleea) pot fi de minimă importanţă pentru diagnostic; ceea ce nu înseamnă că, din punct de vedere terapeutic, ele ar trebui neglijate, ci dimpotrivă. Se cere depăşirea punctului de vedere al "expertului" cu încercarea de a privi lucrurile din punctul de vedere al bolnavului *(depăşirea iatrocentrismului)*. Valoarea simptomului subiectiv poate fi uneori mai mare decât valoarea rezultatelor examenelor obiective de laborator. Am amintit că, în homeopatie, se acordă cea mai mare atenţie simptomelor subiective neobişnuite, bizare, ciudate - pentru alegerea remediului potrivit.

Un alt element de care trebuie să se ţină seama este *înţelesul* cuvintelor, care diferă uneori foarte mult după gradul de cultură şi după calitatea culturii pacienţilor (element semantic).

Oricum, medicul şi pacientul nu privesc boala de pe aceeaşi platformă. Un diagnostic de tuberculoză înseamnă pentru medic o problemă de prognostic şi de măsuri eficace. Pacientul se întreabă dacă diagnosticul este o "sentinţă la moarte", dacă boala este o "pedeapsă" sau un "blestem". A fi tuberculos este - pentru mulţi - o realitate inavuabilă, o situaţie ce trebuie camuflată - chiar faţă de propria conştiinţă (de aici tendinţa de a neglija tratamentul). (Cuvântul popular "ofticos" are, după cum se ştie, un înţeles peiorativ). S-a constatat că frecvenţa tuberculozei este mai mare printre cei care refuză să se supună explorărilor radiologice. Medicul este preocupat de primejdia socială pe care o reprezintă bolnavul şi de autoritatea sa

profesională. El, este de multe ori un "desrădăcinat" şi, de obicei, un om cu bunăstare, care consideră că "obiectivul nr. 1" nu poate fi decât sănătatea, nu va înţelege întotdeuna de ce un pacient opune rezistenţă la recomandaţia de a-şi schimba locul de muncă sau de a se muta într-o altă localitate cu o climă mai potrivită. Fără a cunoaşte elementele de cultură autohtonă, de prejudecată şi de superstiţie din regiune, medicul va pricepe cu greu de ce femeile evită să nască în maternităţi sau de ce unii bolnavi refuză să admită un tratament psihiatric.

Problemele privind *comunicarea* dintre medic şi pacient nu se rezumă la problemele de limbaj.

Medicul trebuie să *înţeleagă* nu numai boala, ci şi bolnavul. Această înţelegere înseamnă *cunoaştere* şi *comprehensiune*, nu numai *cunoştinţe**, înseamnă cunoaşterea unui individ (cunoaştere-*idiografică).* În înţelegerea unui individ, sunt de evitat, mai întâi, două greşeli capitale: a) suprasimplificarea; b) proiecţia (îi atribuim caracteristici care sunt ale noastre). Am văzut în alt capitol marea importanţă practică a *tipologiei;* dar cunoaşterea individului prin mijlocirea "clasei logice generale" căreia-i aparţine, deşi este necesară, nu este suficientă. Cum reuşim să ajungem *chiar* la individ? Aici intervin procedee "intuitive", "instinctive" sau "imaginative", care *nu* fac parte din arsenalul *ştiinţific* al medicului, dar care sunt ajutate de cultura literară.

Empatia (Titchener) corespunde acelui *Einfühlung* al esteticianului german Th. Lipps.

Transpunerea aceasta imaginativă (R. Dymond, 1949; F. Massarik, 1959) este o *tentativă* de a "înţelege" activităţile altora care nu sunt imediat inteligibile; dar o adevărată înţelegere o realizează abia *identificarea* (S. Freud). Ceva mai puţin decât empatia se realizează prin *simpatie* (sau atitudine simpatetică) care este o *participare* (Bergson). Schematizând, am putea spune (W. Musta, 1964) că o parte a ego-ului trebuie să fie angajată în procesul empatic

* În limba engleză există *knowledge* şi *comprehension:* W. James vorbea despre *knowledge about* şi *acquintance with:* Allport foloseşte, în textul englez, şi cuvântul german *Verstehen.*

("introduc" persoana în mine şi mă identific cu ea) în timp ce altă parte menţine distanţa şi "supraveghează". Medicul care se *identifică* cu pacientul (aşa cum se identifică copilul cu părintele său) este "pierdut"; de asemenea, cel care are "dragoste" pentru bolnav. Pentru a evita complicarea relaţiei cu elemente "erotice" (favorizate de explorările manuale etc.) se cer luate măsuri de precauţie speciale.

Fireşte, o astfel de "comunicare" nu este exclusiv una pe planul cunoaşterii raţionale - şi ea nu este numai pe planul cunoaşterii. În orice act medical găsim mai mult decât "lucruri reci" *(kalte Tatsachen) (Furstenberg);* găsim "un al treilea factor" (component) care este puntea de *înţelegere între om şi om* (Loomis). S-a vorbit despre "antanta cordială" care se stabileşte, în cazuri ideale, între medic şi bolnav (Milcoveanu); la simpatia pentru pacient, acesta răspunde cu încredere. S-ar face un "dublu transfer psihologic": medicul înglobează în sine suferinţa bolnavului şi îi transferă *voinţa de a se vindeca.* În situaţia de transfer, bolnavul "ascultă" de medic ca şi de părinte, de *teamă să nu-i piardă afecţiunea.* În orice caz, comunicarea complexă şi profundă care se efectuează de exemplu în cursul unui tratament psihanalitic poate fi privită ca o premisă exemplară a studiului metodic al semenului (şi care numai în confesiunea religioasă îşi găseşte un corespondent, în ce priveşte franchețea şi dorinţa de a se descoperi). Dacă judecăm situaţia "ideală" - şi ca o concretizare a tendinţei filantropice de întrajutorare -, relaţia medic-pacient este o paradigmă semnificativă a relaţiei între "eu" şi "tu" (relaţia *antropologică,* despre care au vorbit pe larg Buber şi Minkowski)*.

Nu toţi bolnavii vin la medic pentru a fi *vindecaţi.* Unii vin să găsească o detensionare, alţii - pentru a-şi satisface variate dorinţe inconştiente, alţii - pentru a găsi o *acoperire* medicală a unei situaţii penibile. Couvelaire (1965) a vorbit despre *refugiul* oferit de bolile căilor genito-urinare; bărbatul impotent îşi acuză prostata, în timp ce femeia frigidă sau cu dispareunie îşi acuză vezica. Am putea spune că la diferite motivaţii care stau la baza activităţii medicale corespund diferite motivaţii pentru a fi pacient.

* În dragoste însă relaţia "eu-tu" tinde la contopire şi/sau la formarea unui "noi" *(Wirbildung).*

În relaţia "medic-pacient" există şi un schimb de stimulări şi inhibiţii – între cele două părţi "contractante": despre caracterul contractual (tranzacţional) al actului medical a scris K. Menninger. Este una dintre faptele care justifică aforismul lui Nietzsche: trebuie să fi născut pentru medicul *tău;* altfel "te paşte primejdia". Acest aforism se poate inversa; medicul datorează mult încrederii bolnavilor, în ce priveşte succesul şi echilibrul său interior. Acest fapt a fost admirabil sesizat de T. Tanco care, atunci când îşi "alege" chirurgul care să-l opereze, se gândeşte ca prin acesta să-i crească prestigiul între confraţi.

Medicul trebuie să se ferească să impună bolnavului idealul său *personal* de sănătate, să-l facă "după chipul şi asemănarea sa". Niciodată nu trebuie să uităm că bolnavul care a căpătat *încredere* în medic nu-i va ierta niciodată *o dezamăgire.*

Este interesant să subliniem că, pentru majoritatea bolnavilor, *dialogul* propriu-zis cu medicul are o mare valoare de susţinere; dar nu medicul pare a fi elementul esenţial, ci *convorbirea.* Ameliorări ale stării mentale s-au putut obţine chiar şi prin dialoguri cu maşini cibernetice!

Psihologia "situaţională" a bolnavului

A şti ceea ce trebuie pentru a îngriji un bolnav nu înseamnă numai a cunoaşte *numele bolii sale,* ci şi a înţelege "patrimoniul" sau *"sensul situaţiei bolnavului".*

a) Situaţia "primitivă" este aceea care ne revelează pe bolnav căutând miracolul, minunea: este *situaţia "magică".* Este denumită astfel pentru că pacientul atribuie medicului puteri supraomeneşti, chiar divine. Bolnavii care aşteaptă "minunea" sunt foarte numeroşi şi în societatea noastră, chiar printre oameni instruiţi. Ştim că, la mulţi bolnavi, boala însăşi determină o regresiune de mentalitate. Fr. Rainer sublinia că aproape fiecare bolnav *ar vrea* ca medicul său să fie înzestrat cu puteri supranaturale. Dintre aceştia se recrutează cei care se adresează cu predilecţie "tămăduitorilor" este o problemă pe care o vom relua într-un paragraf special. Elementul magic este chemat, de obicei, să explice "de ce" (de ce eu şi nu altul, de ce aici şi acum) în timp ce ştiinţa explică "cum" s-a produs boala. În felul acesta, în mintea unor bolnavi explicaţia bacteriologică şi cea magică a tuberculozei, de exemplu, pot fi compatibile. Cauza "cooperantă" este, la popoarele primitive, "gândul rău" (atribuit unor persoane antipatice, "însemnate" sau "infirme"); la oamenii civilizaţi - soarta, destinul (atribuire care poate calma prin deproblematizare). Dacă bolnavii noştri nu mai caută printre oamenii din anturaj un *ţap ispăşitor,* totuşi ei văd în medicul de prestigiu *un mag.*

Alţii, din contră, suferind influenţa mediului cultural (reflex al "modei sociale"), atribuie cea mai mare importanţă medicamentelor "noi", suverane, considerate panaceuri. Natural, este vorba de ultima specialitate de pe plan mondial.

De multe ori, medicul nu poate să refuze aceste medicamente care servesc (cel puţin) ca "vehicul" psihoterapeutic, mai ales atunci când o psihoterapie propriu-zisă pare dificilă. El trebuie să descopere şi să tolereze rolul de refugiu împotriva angoasei pe care-l joacă anumite medicamente şi să încerce, la fiecare consultaţie, să deceleze partea de coeficient psihic care intervine în simptomatologie.

b) *Situaţia de dependenţă.* Prin însăşi boala lor, bolnavii sunt într-o situaţie de *inferioritate,* care este cu atât mai marcată cu cât eul lor este mai slab, fără o capacitate de compensaţie (sau de supracompensaţie) a tulburărilor care îl asaltează. Aşa cum s-a remarcat uneori, adultul devine prin boală un copil, dar în special structura nevrotică care nu îşi poate finaliza maturizarea personalităţii sale manifestă un ataşament afectiv particular faţă de medic. Freud, care a pus această relaţie în centrul explicării mecanismelor psihoterapeutice, a propus, pentru a o desemna, termenul de *transfer(t).* Pentru psihanaliză, transfertul este o repetiţie (în viaţa actuală a bolnavului şi, în particular, în relaţiile sale cu medicul) a atitudinii emoţionale ("iraţionale") dezvoltată în copilărie faţă de familie şi în special faţă de părinţi. El reprezintă o proiectare asupra medicului a atitudinilor de afecţiune şi de ostilitate (ambivalenţă) pe care bolnavul le-ar fi avut

mai înainte în relaţiile cu un părinte (sau cu o persoană din jurul său care ţinea loc de părinte).

Sub numele de *contratransfert*, psihanaliza descrie, pe de altă parte anumite atitudini negative ale medicului faţă de bolnav (mânie, nerăbdare, agresivitate). Ele ar fi rezultatul influenţei bolnavului asupra sentimentelor inconştiente ale medicului şi şi-ar avea origine în proiectările şi identificările iraţionale ale acestuia din urmă. Cu alte cuvinte, medicul "vede" în bolnav pe altcineva, o persoană care a jucat un rol în biografia sa afectivă. Acest contratransfert are o influenţă devaforabilă asupra acţiunii terapeutice a medicului; psihanaliza recomandă ca orice medic care trebuie să trateze subiecţi nevrozaţi, să-şi facă el însuşi o psihoterapie (psihoanaliză didactică) în aşa fel încât propriile probleme psihologice ale inconştientului său să nu se interfereze cu acelea ale bolnavului.

La un moment al dezvoltării sale, transfertul poate să ia forma *dragostei*. Această "dragoste", conştientă sau nu, apare mai uşor şi este mai uşor exteriorizată dacă medicul şi bolnavul sunt de sex diferit.

Mai menţionăm că anumiţi subiecţi, în particular erotomanii (= cei care au iluzia delirantă că sunt iubiţi), pot deveni periculoşi nu numai prin inoportunitatea lor, ci şi prin comportarea lor agresivă cauzată de ciudă, de gelozie etc.

c) *Complexul paternalist*. S-a semnalat posibilitatea de apariţie, la medic, a unui complex de acest tip. Dacă, prin regresiune, conduita bolnavului se organizează pe poziţii infantile, conduita medicului se constituie corespunzător pe modul paternal (Valabrega). Medicul manifestă o atitudine paternală pentru diverse motive. *Autoaprecierea* pe care o face despre rolul său dominator, nevoia sufletească de a acţiona asupra altora, ambiţia de a avea o situaţie deosebită personală în profesie, dorinţa de a-şi câştiga un prestigiu, manifestările de rivalitate agresivă pentru a-şi capta clienţi, pentru a *reuşi*, sunt tot atâtea circumstanţe psihologice care favorizează rolul de "tată". Medicii care au fost frustraţi de afecţiune sau au fost victime ale autoritarismului în copilărie, care au avut sentimente de inferioritate socială, care şi-au refulat dorinţele de cucerire, pot ajunge (datorită unei nevoi de compensare) să caute satisfacţii de "valorizare" pe lângă pacienţii lor. Medicul care vrea să facă totul singur, să se ocupe *numai el* de toate suferinţele bolnavului său, corespunde acestui complex de autoritarism paternalist. Acţiunea lui poate fi de multe ori antisocială şi antimedicală, când lipseşte pe bolnav de competenţa altora de care ar avea nevoie.

Medicul şi pretenţiile pacientului

De actul de diagnostic pe care îl face medicul se leagă atât *teama* bolnavului (teamă de prezenţa bolii sau/şi de gravitatea ei), cât şi *speranţa* că medicul i-o poate trata eficace.

Medicul trebuie de la început să-l *asigure* pe bolnav, să-i creeze o *atmosferă de destindere şi încredere*, imediat ce simte "nota emoţională" a anamnezei.

Anumiţi bolnavi, - printr-un fel de *antrenament* - datorită deselor frecventări a cabinetelor medicale au pierdut emotivitatea primelor contacte, având aerul că vor să domine ei contactul cu medicul şi manifestă o oarecare agresivitate împotriva oricărei tentative de pătrundere indiscretă în intimitatea lor.

Din ce în ce mai frecvent întâlnim bolnavi ce au ajuns la concluzia unui diagnostic pe baza brumei de cunoştinţe medicale pe care astăzi o are orice om cu oarecare cultură. Încă în secolul trecut, Guyon spunea că "bolnavii au pretenţia de a fi mai buni judecători ai simptomelor pe care le prezintă decât medicii".

Medicul va accepta aceste interpretări cu mult simţ critic şi nu le va respinge dintr-o dată, brutal, cu ironie sau cu o enervare ce ar traduce în primul rând *susceptibilitatea* sa faţă de pătrunderi ilicite în domeniul său de competenţă. El trebuie să ştie să găsească momentul propice pentru a arăta bolnavului, *căruia i-a captat încrederea*, care este diagnosticul *corect* şi care este terapeutica oportună.

După Balint, unul din efectele cele mai importante (dacă nu efectul esenţial) al "remediului medic" constă în răspunsul univoc, hotărât, la întrebările puse (sau la soluţiile oferite) de bolnavi.

În general, medicul *nu trebuie să se lase condus* de bolnavul care tinde să-i impună nu numai diagnosticul, ci şi tratamentul, deşi este obligat să ţină seama de idiosincraziile acestuia, de experienţa sa de "bolnav", de ameliorările obţinute cu anumite terapeutici. Amintim că metoda abreacţiei prin *catarsis* i-a fost sugerată lui Breuer de către o pacientă. Există însă şi tulburări instigate de bolnavi, cum sunt cele menţionate de R. Couvelaire relativ la uretritele banale: "omul neliniştit se pretează la mii de manopere instrumentale, mai curând nocive decât utile, şi unele scurgeri nu-şi datorează perenitatea decât agenţilor chimici şi traumatismelor".

În alte cazuri, medicul poate fi bine intenţionat, tolerant şi înţelegător - iar bolnavul, cooperant, participă efectiv la terapeutica indicată; dar, cu toate eforturile reciproce, ameliorările nu apar, pentru că bolnavul s-a "instalat în boala sa organizată". Intervine aici o "homeostazie a stării patologice" şi, uneori, mecanisme inconştiente care întreţin boala (pentru "avantajele" sale, ca expresie de satisfacţie autopunitivă, de "masochism" etc.).

*

Insistăm încă odată asupra *pretenţiilor pacienţilor de a primi medicamente.* După Hodson, această "prejudecată" este, în zilele noastre, una dintre însemnatele cauze ale *polifarmaciei.*

Informaţi despre progresele farmacologiei, pacienţii pretind medicamente nu numai pentru boală şi durere, ci şi pentru orice senzaţii neplăcute fizice şi mentale. Această ipohondrie i-a împins pe medici în atitudinea *de a face ceva (do-something attitude...)* Refuzul bolnavului de a primi un tratament este interpretat ca semnul unei boli incurabile sau ca dovada incapacităţii profesionale a medicului. O cauză importantă a polifarmaciei este însă şi *reclama* medicamentelor, legată de dezvoltarea industriei farmaceutice. Probabil că antibioticele sunt prescrise corect (în S.U.A.) abia în 1/10 cazuri (H. Besty şi R. Petersdorf, 1966). Menţionăm că la mai mult de 1/6 din pacienţi există reacţii "adverse" la droguri, neplăcute şi neaşteptate; uneori, acestea pot fi mortale.

Informarea pacientului de către medic

Ne punem întrebarea *când, cum* şi *cât* din adevăr şi detalii asupra bolii trebuie comunicate celui suferind.

Forma sub care urmează să-i prezentăm realitatea este în funcţie de personalitatea bolnavului, de natura bolii sale şi de personalitatea medicului.

a) Când un bolnav vine să ne consulte pentru o suferinţă certă, iar medicul nu găseşte nimic lezional-*organic*, este o greşeală să se spună pacientului că "nu are nimic". Este o greşeală să i se propună un tratament fără a i se spune diagnosticul, ceea ce duce la nemulţumiri justificate din partea pacientului. Pacientul are şi el o "nevoie de a şti", mai ales azi când nivelul de informare generală şi de cultură medicală este relativ ridicat.

b) În special atunci când este vorba de afecţiuni cronice, de boli antrenând incapacitatea de muncă prelungită, de readaptare funcţională şi profesională, medicul trebuie să aibă multă răbdare şi tact pentru a face ca bolnavul *să-şi accepte boala.* Este necesar să se acorde timp suficient pacientului pentru a-l ajuta să înţeleagă "ce are" şi "ce are de făcut".

c) "Nevoia de a şti" a celor mai mulţi bolnavi ţine de anxietate, dar un coeficient important revine şi curiozităţii în legătură cu cele ce se petrec în "maşina omenească".

d) În bolile grave (şi nu numai în cele 100% letale) se pune problema *protecţiei bolnavului* contra *diagnosticului* (Mathé, Amiel şi Schwarzenberg).

Familiei trebuie să i se comunice diagnosticul, dar cu anumite rezerve. Unor membri ai familiei, foarte sensibili, pentru care pierderea bolnavului ar fi extrem de dureroasă şi care sunt pentru pacient sprijinul de fiecare minut, adevărul nu trebuie să fie mărturisit pe de-a întregul. Pe de altă parte este obligatoriu de a lăsa, în orice situaţie, o urmă de speranţă, legată de exemplu de posibilitate apariţiei unei noi terapeutici. În ceea ce priveşte *bolnavul,* este nu numai neştiinţific, ci şi imoral de a rezolva această problemă *a priori* pe baza unor concepţii religioase sau filosofice (Mathé). Scopul medicului este de a

ajuta pacienţii să supravieţuiască cât mai mult posibil în cel mai bun confort fizic şi moral. O excepţie o fac bolnavii pentru care scopul vieţii nu este viaţa însăşi, ci o anumită realizare. P. Larousse, în timp ce-şi elabora lexiconul care l-a făcut celebru, scria că "dacă va trebui să moară la datorie va muri, numai dicţionarul să fie terminat" (era tipul *Werkgebunden)*. Chiar dacă sunt caractere puternice, oameni curajoşi ori au o concepţie filizofică sau morală în cadrul căreia moartea este privită ca o eliberare, pentru bolnavii incurabili care-şi cunosc prognosticul, viaţa devine *penibilă;* chiar cei echilibraţi devin anxioşi, interesându-se obsedant de boala lor; apar frecvent stări de depresiune sau chiar tentative de sinucidere.

Alegerea soluţiei depinde de aspectul psihologic al bolnavului, de comportarea sa etc. Sunt pacienţi care *nu vor să ştie* şi la care putem rămâne cu relatarea unor date aproximative. Celor care vor să ştie cu orice preţ nu le vom tăia orice speranţă; li se poate spune (ceea ce este adevărat!) că diagnosticul nu este absolut sigur, că există posibilitatea unor evoluţii foarte lungi, că nu sunt excluse remisiuni spontane, că progresele cercetării medicale în domeniul terapeutic sunt foarte rapide.

S-a scris (Riese) că "între adevărul a cărui voce nu o înţelegem întotdeauna şi minciuna a cărei oră nu ar trebui niciodată să sune, mai există tăcerea, puţin cultivată de oameni". Folosirea "diagnosticurilor atenuante", cum spune Debray, este totdeauna de recomandat medicilor şi chirurgilor.

Consimţământul

Un alt aspect al relaţiei medic-pacient este *consimţământul* bolnavului (sau mai bine zis adeziunea sau asentimentul lui) la actul medical. Acest consimţământ decurge dintr-un principiu fundamental, care este *libertatea* bolnavului. Nici un medic nu o poate pune în discuţie, în afară de anumite cazuri particulare (bolnavi inconştienţi, mentali etc.). Libertatea bolnavului este un principiu de bază al

deontologiei medicale (Debray). G. Thibon scria: "schimbul uman (între medic şi pacient) implică respectul libertăţii mele".

Problema consimţământului bolnavului are în multe cazuri rezonanţe etice şi juridice. Aspectele nu trebuie confundate. Adeziunea personală a bolnavului nu trebuie ignorată nici atunci când este realizată de către indivizi care nu sunt "persoane" din punct de vedere juridic (minori, orfani) sau a căror responsabilitate este atenuată sau momentan abolită de suferinţă şi pe care trebuie să-i vindecăm (Debray). Nu trebuie nici să abuzăm de slăbiciunea momentană a voinţei bolnavului, din cauza bolii, pentru a-i smulge consimţământul pentru acte terapeutice discutabile sau riscante. Interesul bolnavului primează totdeauna în ochii medicului *ideal*. De aceea, în cazuri de urgenţă absolută (răniţi, accidentaţi, sinucigaşi, sarcini distocice etc.), atitudinea (conduita) medicului va fi condusă de criteriul de utilitate.

Formarea şi educarea bolnavului

În orice colocviu medic-pacient se încearcă, mai mult sau mai puţin explicit, o convertire a pacienţilor în vederea adoptării unor valori şi credinţe ale medicului. Este ceea ce Balint denumeşte "funcţia apostolică" a medicului. Orice investigaţie a unui bolnav implică şi un examen distinctiv, ceea ce duce la exprimarea propriilor idei şi dorinţe în legătură cu ceea ce ar trebui făcut într-o anumită situaţie. Este adevărat că unul dintre mijloacele esenţiale de a ameliora competenţa psihoterapeutică a medicului este de a-l face conştient de similitudinea problemelor omeneşti care-l afectează pe medic şi pe pacient. *Nil humanum a me alienum puto* scria, în antichitate, medicul şi scriitorul Terentiu - frază îndrăgită şi de K. Marx. Dar, totodată, este nevoie să-i semnalăm şi tendinţa de constrângere pe care o exercită, voluntar sau nu, asupra pacientului, "înclinaţia sa apostolică", pentru a-l face să evite practicarea automată a acesteia. Cu alte cuvinte, "convertirea" la propriile valori nu poate fi tentată într-o modalitate dogmatică şi "moralizatoare"; trebuie să se ţină seama de faptul că omul este (cum spunea Montaigne) *ondoyant et divers*.

Un alt aspect al funcţiei "apostolice" este de ordin caritabil: de pildă, vizitarea la domiciliu a bolnavilor cronici, pentru care, nu rareori, medicina curativă nu poate face mult. Ajutorul psihologic consolator pe care-l poate aduce medicul simpatizant şi afectuos poate fi însă foarte mare. Aici se pune problema convertirii bolnavului la o anumită *filosofie a vieţii*, pentru a-i da încredere şi speranţă sau pentru a-l face să-şi accepte suferinţa fără a-şi dezorganiza viaţa, fără să şi-o simtă ca pe o povară şi fără a se simţi el însuşi o povară. Astfel, medicul previne, în esenţă, o "psihizare" a bolii organice sau evită ca o asemenea psihizare să treacă din stadiul "neorganizat" în stadiul "organizat".

Implicaţii etice are şi funcţia de "duhovnic" a medicului. Balint justifică întrebuinţarea acestui termen teologic pentru a reda cât mai concret situaţiile întâlnite la pacienţii scrupuloşi, care socotesc că a fi bolnav este aproape un păcat, o stare dând privilegii "nemeritate", provocând oboseala şi sacrificiul altora. Şi bolnavii care sunt gata să profite de cea mai mică ocazie pentru a cere asistenţă şi îngrijire, căutând să obţină un maximum de avantaje datorită acestei stări, pot avea sentimente de culpabilitate şi remuşcări. Iată deci cazuri în care medicul poate fi adus în situaţia de a rezolva probleme similare celor care se pun unui preot.

Admiţând metafora lui Balint, după care medicul este el însuşi un medicament, se pune întrebarea: care este forma sub care medicul ar trebui "să se prescrie el însuşi"?

Sunt posibile mai multe atitudini: 1) de *tutore autoritar*, care nu dă nici o explicaţie, aşteptând de la bolnav o ascultare fidelă; 2) de *mentor* care îşi oferă cunoştinţele de expert, gata să-l înveţe pe pacient să se adapteze la condiţiile modificate ale stării sale de sănătate; 3) de *savant-detaşat*, care descrie obiectiv avantajele şi inconvenientele diferitelor posibilităţi terapeutice, lăsând pacientului libertatea de alegere, dar şi impunându-i responsabilitatea acestei alegeri; 4) de *bun părinte protector*, care caută să evite copilului său - pacientul - orice noutate dureroasă sau orice responsabilitate chinuitoare sau 5) de *avocat al "adevărului înainte de toate"*, care socoate că nimic nu este mai rău decât îndoiala şi care poate spune chiar şi ceea ce nu este

necesar bolnavului. Ideal ar fi ca medicul să-şi adapteze atitudinea în funcţie de caz şi de bolnav, dar deseori el se comportă conform temperamentului şi caracterului propriu.

Necesitatea *formării* pacientului în vederea unei comportări adecvate este indiscutabilă. Un bolnav "format" va putea compensa deficienţele momentane ale medicului. Medicul este şi el om, nu poate fi disponibil oricând, are oboselile şi îndoielile lui, problemele sale de viaţă; există şi limite de răbdare faţă de exigenţele neraţionale ale bolnavului. Asupra relaţiei "asimetrice" dintre medic şi bolnav, în ce priveşte toleranţa faţă de slăbiciuni şi greşeală, au scris Veresaiev *(Însemnările unui medic)* şi, la noi, I. Vintilă *(Încleştarea cu moartea)*. Pacientul nu apreciază întotdeauna efortul şi ajutorul medicului, nu-i acordă întotdeauna încrederea şi respectul cuvenit etc. În acest dialog cu oscilaţie este nevoie de tact, de fineţe, de înţelegere şi de compasiune din partea medicului, dar în acelaşi timp este necesară şi educarea bolnavului în ceea ce priveşte atitudinea sa faţă de boală şi atitudinea faţă de medic. Gratuitatea asistenţei medicale ocazionează deseori abuzuri din partea bolnavilor (chemări la domiciliu pentru uşoare indispoziţii, solicitarea ajutorului de urgenţă pentru probleme banale, inoportunarea medicilor cu bagatele etc.).

*

Fiecare bolnav îşi face un tablou propriu al bolii sale, *tablou autoplastic* (Goldscheider) sau *tablou intern* (Luria), ca rezultat al unui proces psihofiziologic de "autoscopie" şi de interpretare. Bolnavul (chiar cel cu un minim de cultură medicală) îşi construieşte şi un diagnostic; nu rareori acest fals diagnostic induce în eroare pe medic, deoarece el centrează expunerea simptomelor şi anamneza.

Medicul văzut de pacienţi

W. Shulte a trecut în revistă câteva dintre ipostazele în care este văzut medicul *psihoterapeut* de către pacienţii săi, adăugând şi câteva dintre *idealurile* psihoterapiei moderne: reprezentantul unei tehnici

ştiinţifice, dar şi a unei "forţe numenale" *(arhetipul* de vindecător, Göppert); magicianul, mântuitorul, preotul; omul de ştiinţă, luptătorul, salvatorul, liberatorul, artistul. Medicul poate fi considerat un erudit, un înţelept, un învăţat, un judecător, un sfătuitor, un pedagog, un moralist, un predicator, un apostol. În medic, bolnavul poate vedea o autoritate sau reprezentantul solidarităţii omeneşti. În această ultimă calitate poate fi un tată, o mamă (Rosen), un frate, un camarad, o soră, un prieten, un ajutor, un complice, un martor, o "persoană de încredere", un partener *Mitmensch).* Poate fi privit ca un profesionist sau ca o *persoană.* Poate fi un om priceput (un expert, un specialist) sau un simplu "mediu de transfert". Poate fi un catalizator sau un ferment al interacţiunii terapeutice dintre oameni (în *terapia de grup);* un "releu impersonal" pentru a ajuta la folosirea resurselor interne ale bolnavului (H. Simon) sau numai o oglindă care să ajute bolnavul să se cunoască (Freud şi psihanaliştii). De fapt, şi medicul omnipractician sau specialistul trebuie să fie câte puţin "din toate", de la caz la caz.

Oricum, bolnavul aşteaptă ajutorul medicului într-o stare afectivă excepţională care-i subminează obiectivitatea şi-i exacerbează ambivalenţele. Este cunoscută o secvenţă de gravuri de la sfârşitul Evului Mediu: medicul era prezentat succesiv ca Hristos, ca înger, ca om simplu şi ca diavol. Această succesiune de imagini corespunde respectiv tensiunilor afective ale bolnavului la începutul bolii, în perioada de convalescenţă, după vindecare şi atunci când îşi cere onorariul. În realitate, nu numai aspectul *pecuniar* este la baza nerecunoştinţei sau a defăimării laice, ci tocmai această ambivalenţă care-l face pe pacient sau pe candidatul la boală să diminueze calităţile şi să exagereze defectele celuia care are competenţa şi dreptul de a interveni în viaţa sa organismică şi personal-intimă, celui de care a fost sau este dependent. Ughetti notează că, în spectacolele vulgare, profesiunea de medic este considerată ca un fel de alternativă a destinului de criminal; "nu există medic la care publicul să nu găsească vreo greşeală"; medicii sunt consideraţi întotdeauna ca făcând parte din grupa persoanelor "suspecte". Medicul italian mai nota că ruperea bunelor relaţii dintre medic şi pacient vine de obicei de la pacient şi că "sunt pacienţi care îşi părăsesc medicul din recunoştinţă". Nu ştim dacă asemenea reacţii constituie *regula* sau, mai curând, *excepţia.*

*

În altă ordine de idei, semnalăm doar problema de *psihologie socială* a *succesului* medical, a *renumelui,* măsurat (în condiţiile în care pacientul era *client* de cabinet sau de sanatoriu particular) prin abundenţa clientelei şi prin câştig. Psihosociologia succesului a fost analizată în studii speciale. Există aici o tactică (care nu se rezumă la aceea preconizată de *medicul* Max Nordau: *lauda de sine* şi *reclama).* Publicul se înşeală deseori, acordând credit acelora care ştiu să le exploateze credulitatea. Publicul *vrea* uneori să fie înşelat: *vult decipi – ergo decipiatur.* Problema este şi una de *deontologie,* căci succesul se poate obţine şi prin şarlatanism.

Despre prestigiul medicilor şi al medicinii

Prestigiul de care s-a bucurat medicina în cursul vremurilor a fost variabil şi oscilant. El reflectă, pe de o parte, stadiul de dezvoltare al practicii medicale şi deci *eficienţa* acesteia; pe de altă parte, tocmai *ambivalenţa* atitudinii bolnavului (şi a rudelor sau prietenilor săi), faţă de medicul de la care se aşteaptă *totul* şi căruia nu i se iartă *nimic.* Voltaire spunea că de la medici se aşteaptă minuni în fiecare zi. Intervine frecvent şi mecanismul psihologic al "ţapului ispăşitor".

În măsura în care scriitorii sunt purtători de cuvânt ai omului obişnuit, modul în care ei au prezentat pe medici, de-a lungul secolelor este elocvent*.

* O antologie a satirelor antimedicale se găseşte cuprinsă în N. Tofan, *Sub microscop,* Ed. Medicală, Bucureşti, 1960.

Au satirizat (uneori violent) medicina – Petrarca, Montaigne, Molière, Boileau, J. J. Rousseau, B. de Saint-Pierre, Chateaubriand, J. Romains.

Poziţii ambigue au avut Montesquieu, Voltaire. Poziţii favorabile au luat H. de Balzac (printre cele 2 000 de persoane ale romanelor sale - proiectate sau şi realizate - întâlnim 60 de medici), P. Verlaine, E. Zola, P. Bourget, Fr. Jammes, Roger Martin du Gard.

Autotratamentul

După cum o ilustrează şi o veche anecdotă, meseria de medic este meseria cea mai răspândită: fiecare este *dispus* să dea un sfat altuia în suferinţă. Fiecare este dispus să fie, până la un punct, propriul său medic - ceea ce este în general posibil, graţie dezvoltării terapeuticii medicamentoase moderne şi uşurinţei cu care se procură azi drogurile.

Aspectele psihologice ale automedicaţiei privesc mai întâi eficacitatea reală. Murray (1964) a arătat că aspirina suprimă durerea la 80% din persoanele la care *placebo* reuşeşte în 57%. Altă problemă este aceea a eficacităţii imediate în raport cu riscurile de durată. Se cunoaşte, astfel, faptul că fenacetina în uz îndelungat poate determina nefrite interstiţiale. Primejdia cea mai mare o constituie însă incapacitatea laicului de a determina indicaţiile apropiate ale medicamentului, simptomele întârziind tratamentul curativ de fond. Mai departe, s-a susţinut că o motivare inconştientă este implicată atât în autotratament, cât şi în tratamentul printr-o personalitate reprezentând o figură de vindecător.

În faţa unui *stress*, - extern sau intern -, individul reacţionează căutând să învingă primejdia printr-un mecanism agresiv de luptă (şi *recunoaştere)* printr-un mecanism de fugă (respectiv de *negare)* sau printr-unul de supunere.

A considera că o cefalee, de exemplu, este un "nimic" care ar putea trece de la sine, echivalează cu punerea în mişcare a unui mecanism de negare - şi acesta este eficace în circa 20% din cazuri. Tipul

de apărare prin autoajutorare corespunde mecanismului "combinativ". Circa 10% din populaţie nu este dispusă să folosească acest mecanism şi face apel (în panică) la o figură de vindecător. Totodată, în mediul american, cam tot al 10-lea complex simptomatic ajunge la medic; în 70% din aceste cazuri s-au folosit în prealabil medicaţii casnice sau automedicaţii. Însă apelul la medic înseamnă în acelaşi timp acceptarea unei poziţii de dependenţă, regresiune, pasivitate. Atenţia medicului şi regimul de viaţă de cruţare (în pat, cu dietă "infantilă") rezolvă prin ele însele multe situaţii (McLaughlin).

Persoanele recurg la una sau alta dintre soluţii, în funcţie nu numai de temperament, ci şi de vârstă. Mecanismul folosit de oamenii maturi este de preferinţă cel "combativ", de automedicaţie, pe când bătrânii preferă mecanismul de dependenţă, care implică asistenţa unui medic. Aceasta ridică probleme sociale şi economice.

G. H. Weil (1965) a vorbit despre "tendinţa omului de a se automedicamenta" şi despre dreptul natural la automedicaţie. Alegerea nu este întotdeauna între automedicaţia modernă şi tratamentul profesional – ci între automedicaţia folclorică şi băbească şi automedicaţia cu droguri moderne.

Relaţiile medic-pacient privite ca un "contact comunicant"

Întâlnirea dintre medic şi pacient este o formă de contact uman şi, totodată, o variantă de *comunicare* interumană; se stabileşte un "sistem comunicaţional medic-pacient" (I. Oprescu, 1975), care poate fi studiat prin metode lingvistice, psiholingvistice, sociolingvistice, semiotice etc. - pe scurt, prin metode de antropologie cultural-lingvistică. Contactul medic-pacient este rareori căutat ca un scop în sine, ca o nevoie de contact interuman (la diferite nivele: de la nivelul etologic - Szondi a argumentat existenţa unei "pulsiuni de contact" – până la nivelul intelectual sau spiritual). În imensa majoritate a cazurilor, el este impus de situaţia morbidă, ca o condiţie a unui diagnostic şi a prescrierii unui tratament. El nu se reduce la o comunicare verbală, completată cu una paraverbală - în sensul

lingvistic al acestor cuvinte, deşi cuvintele joacă un rol important. Pe de-o parte, simptomele şi semnele (şi nu numai expresia facială, mimică, gestuală etc.!) alcătuiesc un "limbaj al corpului" pe care medicul trebuie să-l sesizeze şi să-l decodifice; pe de altă parte, este vorba şi de stabilirea unei atmosfere, de un acordaj reciproc ca între un post de emisie şi unul de recepţie. Funcţia informativă se completează cu una terapeutică implicită (medicul însuşi ca medicament, prin prestigiu, prin atitudine sau prin simpla detensionare adusă de actul de comunicare).

Se poate propune o *tipologie* a bolnavilor şi a medicilor din acest punct de vedere (Oprescu). Pe baza unor cercetări concrete în policlinici şi în spitale, autorul deosebeşte 12 tipuri de bolnavi: bolnavul care se autocompătimeşte, cel pe care-l doare tot, cel limbut (sau hipervolubil), cel tăcut (morocănos), cel agitat (care ţipă şi revendică cu insistenţă întreaga atenţie), cel nestăpânit, cel anxios, cel emotiv, cel jovial, cel care nu înţelege, cel vanitos, cel "ideal" (care nu există!). (Bolnavii care nu pot comunica direct cu medicul, sau comunică cu dificultate, sunt copiii, handicapaţii şi cei care nu cunosc limba medicului). Se pot descrie cel puţin două categorii de medici:

a) cei "fără vocaţie" comunicaţională (medicul ursuz, cel nervos, cel distant, cel ironic);

b) cei "cu vocaţie" comunicaţională (medicul permanent jovial, cel flegmatic, cel îndatoritor, cel bonom).

Comunicarea ineficace se datorează punerii în relaţie a unor tipuri de medici şi de pacienţi neconcordante, necomplementare, disjuncte. Într-o ordine de idei apropiată adăugăm, ca tipuri extreme de *interpretare*, pe medicii *timofili* (care păcătuiesc printr-o atitudine prea înţelegătoare faţă de bolnavi, riscând să nu vadă problema medicală din cauza interesului acordat problemelor de viaţă personală ale pacienţilor) şi pe medicii *timofobi* (reci şi apersonali, lipsiţi de comprehensiunea umană) (Tib. Vlad şi Cristian Vlad, 1978) - extremismul ambilor constituind pierderi mai ales în rezolvarea judicioasă a unor cazuri psihiatrice.

Comunicarea medic-pacient poate fi clasificată după loc (policlinică, spital, domiciliu, loc de muncă), în funcţie de timp

(consultaţie de urgenţă sau obişnuită), de împrejurări (la prima consultaţie etc.), de sex, de vârstă, de *status*-ul pacientului, de starea bolnavului, de specialitatea medicală etc.

Comunicarea obişnuită între două persoane nu implică o situaţie excepţională, spre deosebire de comunicarea din sistemul medic-pacient. E importantă deschiderea optimală a canalelor de comunicaţie (care lipseşte, bunăoară, la unii bolnavi psihiatrici) şi absenţa "zgomotelor" pe canal (introduse, de multe ori, de filiera medico-administrativă). Comunicarea este deranjată de folosirea de către medic a unui jargon tehnic, de întreruperea consultaţiei şi favorizată de unele contacte senzoriale (medicul trebuie să "pună mână pe bolnav", să-i capteze privirea etc). S-a constatat că, deseori, cunoştinţele medicale ale bolnavilor (mai ales ale celor anxioşi, ipohondrici şi ale celor cu alte "personalităţi accentuate") sunt un impediment la o comunicare eficientă. Comunicarea nu este echilibrată atunci când pe medic îl preocupă numai ceea ce are importanţă pentru diagnostic (sau numai ceea ce îl interesează: *iatrocentrismul)* şi nu ceea ce îl supără sau îl îngrijorează pe bolnav (mai ales simptomele subiective).

Pentru o bună comunicare în mediul rural, este necesar ca medicul să cunoască câte ceva din cultura şi graiurile specifice mediului local. Bolnavul de la ţară are câteva stereotipuri lingvistice ("am un dor", "am o ameţeală") cu un câmp semantic foarte larg. Adeseori el este însoţit de rude care distorsionează comunicarea. Unele deficienţe în emiterea şi recepţionarea comunicării ţin de emotivitatea pacientului şi de alţii factori simpli - insuficient cercetaţi şi luaţi în seamă. De pildă, există pilule de diferite culori; dar nu se verifică dacă pacienţii ştiu să distingă culorile şi să le denumească corect. Presupunem că înţelesul cuvintelor utilizate este acelaşi pentru medic şi pacient - dar acest lucru trebuie verificat. Noţiuni elementare de cultură medicală pot să lipsească la pacienţi - de unde o destul de bogată cazuistică anecdotic-umoristică în legătură cu tema (ce înseamnă "bucal"? cum se foloseşte un supozitor? termometrul folosit ca metodă de tratament - şi nu ca un indicator). Memoria pacientului este pusă la încercare atunci când se transmit indicaţii de regim sau de tratament: tehnica indicaţiilor scrise câştigă, pe bună dreptate, adepţi

tot mai numeroşi; cercetări *ad hoc* au arătat că, în medie, până la jumătate din recomandaţiile medicului nu sunt reţinute, procentul cel mai mare găsindu-se la vârstnici şi bătrâni.

În pediatrie, comunicarea este mai ales indirectă până spre vârsta pubertăţii. Ea se desfăşoară sub semnul grijii (biologice) faţă de progenitură. Se pune accentul mai ales pe "limbajul corpului" şi pe expresie. (Se citează cazul mamei care a solicitat Salvarea pentru că fetiţa sa nu mai zâmbea în somn). Pediatrul bun ştie să deschidă şi să ţină deschis canalul de comunicare prin comentarii, fragmente de povestire, aluzii la personajele fabuloase, atitudini de joc sau parentale: pediatria redescoperă modele arhaice de contact comunicant (ca cele între şaman şi suferind). La extremitatea cealaltă a vieţii, în geriatrie, se cere multă "realizare umană" a comunicării. Persoanele bătrâne de sex feminin pot deruta prin elemente de cochetărie şi prin ocolirea descrierii simptomelor legate de vârstă. În geriatrie, pare să aibă mai multă însemnătate comunicarea tactilă; în general, comunicarea "caldă" se stabileşte mai greu. "Căldura" comunicării se poate aprecia uneori după cantitatea de zâmbete şi de umor prezentă în şedinţa de comunicare. Aceasta este uneori prea scurtă pentru a "încălzi" atmosfera (în limba germană, pentru consultaţia medicală se foloseşte termenul de *Sprechstunde*, adică "oră de convorbire").

O atenţie deosebită ar trebui acordată comunicării *între pacienţi*, în salonul de spital şi în sala de aşteptare.

Cu problema comunicării medic-pacient s-au ocupat Barbara Korsch (1968), P. F. Ostwald (1964), W. E. Nelson (1969), C. R. Joyn (1969), B. Freemon (1971), M. Coulthard şi M. Ashby (1975) ş.a.

*

"Contactul comunicant" poate îmbrăca aspecte regresive în isterie. S-a propus o caracterizare informaţională a isteriei: tip de comunicare non-verbală, vehiculată printr-un protolimbaj (al atitudinilor şi simptomelor corporale).

S-au propus însă şi comparaţii cu reacţiile instinctuale ale animalelor primejduite (deci o regresiune etologică): reacţii motorii violente (fugă, convulsii, tremurături, amnezie); simulare a morţii (paralizii, orbire, mutism, analgezie); alte fenomene regresive (plâns, enurezis, ezitare, vorbire confuză, stare hipnoidă).

Nu este contradictorie cu aceste comentarii nici interpretarea isteriei prin modelul rolurilor, al jocului dramatic şi al scenariilor (Mead, 1934, Szasz). În fond, este vorba de programe de comportament, iar jocul presupune comunicare interpersonală. A juca un alt rol decât cel adevărat, a te prezenta ca un "ca şi cum" ai fi altul *(impersonation)* poate fi simulare, trişare, greşeală, isterie, ipohondrie. Simptomul isteric este interpretat ca o modalitate de comunicare prin limbaj pictural (nediscursiv, iconic mai curând decât convenţional; idiosincratic şi privat). Sarbin a aplicat modelul "dramaturgic" la examinarea situaţiei de hipnoză. Ideea că hipnotizatul "joacă" rolul prescris de scenariul hipnotizatorului se dovedeşte o ipoteză de lucru fecundă. Un argument l-ar constitui chiar "hipnoza de cultură", standardizată acum aproape un secol de către Charcot, la bolnavii săi de la Salpêtrière. "Marea hipnoză" decurge tipic, *conform teoriei marelui clinician*. Nu este vorba de simulare, ci de o autentică "intrare în rol". Hipnoza seamănă cu somnul în experimentele conduse de cei care susţin că hipnoza este un "somn hipnotic".

Ceea ce se cere completat, la ipoteza "intrărilor în rol" priveşte implicaţiile psihosomatice ale perspectivei. Situaţionale (şi contextuale) ca în joc nu sunt numai comportamentul verbal şi motor, sau "modalitatea" psihică - ci *întreaga fiziologie*. Când membrul unei societăţi "primitive" intră în rolul unui om căruia i s-a preconizat moartea în "jocul" ritualurilor magice, el poate *muri efectiv*, ca şi cum ritualul ar fi fost eficace în ordinea cauzal-naturală (substanţială, energetică etc.) a lucrurilor. În existenţa umană, *prescriptivul* cultural se conectează cu cibernetica substratului biologic: este ceea ce dă note particulare la ceea ce s-a numit *normosferă*.

Comunicarea se face tot după reguli (este un comportament *normat*), iar comunicarea lingvistică oferă în gramatică un sistem organizat de programe. Mesajele verbale cuprind însă mai mult decât

o comunicare de conţinut. J. L. Austin (1961), G. Kerner (1966) au deosebit mai multe roluri, funcţiuni şi utilizări ale cuvântului. Mai întâi, a pronunţa înseamnă a produce un sunet sau un zgomot (act *fonetic)*. Mai departe, a folosi un cuvânt înseamnă a-l întrebuinţa ca parte a unui vocabular, supus unor reguli de gramatică sau sintaxă (act *fatic)*. Înseamnă şi a-l supune unor reguli de aplicare, adică unor reguli semantice (act *retic)*. Aceste "roluri" se pot cuprinde sub termenul mai general de *locuţie*. Dar ele servesc pentru a descrie, a comanda, a aproba etc. - ceea ce reprezintă aspectul *ilocuţionar* al cuvântului. Efectele reale, produse cauzal, asupra minţii şi afecţiunii oamenilor, alcătuiesc aspectul *perlocuţionar*. Trebuie să distingem, aşadar, *forţa performativă* a cuvântului, ţinând de reguli pragmatice şi de convenţii (înţelesul este convenţional!) - de folosirea cauzală a limbii, ce urmăreşte efecte psihologice şi sociale (în acest din urmă sens, cuvântul poate fi un "excitant" sau un semnal, mai curând decât un semn). Contactul "comunicant" verbal este, astfel, important în psihoterapie.

Învăţarea unei limbi, a folosirii şi decodificării sale nuanţate, presupune "manevrarea" liberă şi adecvată a tuturor acestor funcţiuni. G. Bateson a subliniat importanţa a ceea ce se poate numi *metacomunicativul:* dacă un "conţinut" *trebuie* înţeles ca simplă relatare, ca fantasmă, ca ordin, ca descriere sau ca metaforă etc. - aceasta se comunică interlocutorului la alt nivel decât conţinutul. Confuzia dintre comunicativ şi metacomunicativ ar fi, după acest autor, una dintre caracteristicile schizofreniei.

Lingviştii au neglijat funcţiile *expresivă* şi *semiologică* ale limbii. Sensul medical al "semiologiei" se extinde la cunoaşterea persoanei şi - prin persoană - la cunoaşterea grupului biosocial şi cultural din care acesta face parte. Particularităţile de "discurs" ale bolnavului sunt importante nu numai în diagnosticul psihiatric şi neurologic, ci şi în cel tipologic (temperament şi caracter) al persoanei.

Unii autori deosebesc *marea comunicaţie* (individ-lume exterioară) ducând la modelul realităţii obiective şi *mica comunicaţie* (autocomunicaţie) a individului cu sine-însuşi şi elaborarea modelului

informaţional al propriului eu. Integrarea celor două tipuri de modele face din psihic un *mare sistem informaţional* specific (caracteristic, original).

*

V. Enătescu (1982) a insistat asupra participării canalelor *non-verbale* la actul de diagnostic medical: gestica, mimica, plânsul, modificările de timbru ale vocii, mersul etc. În cadrul disimulărilor stărilor de anxietate, depresie, emotivitate sau de simulare a unor suferinţe inexistente, comunicarea *extraverbală* este diferită de cea efectuată verbal (comunicare *paraverbală* sau *disverbală)*. Comunicarea extraverbală scapă, în general, controlului voluntar, conştient; totodată, majoritatea transferului informaţional al afectivităţii are loc prin canalele extraverbale. De menţionat că perceperea mesajului extraverbal este posibilă în virtutea unui consens existent socio-cultural. Modelul cultural al microgrupului, al zonei în care se desfăşoară actul medical nu trebuie pierdut din vedere (gestica bogată, însoţind un debit lingvistic crescut, caracterizează pe unii locuitori de la câmpie şi pe mulţi meridionali).

Complianţa pacienţilor

Ideea după care bolnavul înţelege complet şi corect instrucţiunile de regim şi de tratament medicamentos, le reţine şi le execută întocmai – nu corespunde realităţii decât într-un număr restrâns de cazuri "ideale". Trebuie să luăm în considerare întotdeauna o distorsiune emoţională, defecte de memorie (care - în cazul pacienţilor vârstnici - fac parte din starea ce necesită tratament), neglijenţe sau chiar atitudini necorespunzătoare din partea pacientului. Administrarea sub supraveghere strictă nu este posibilă nici în spitale. Cercetări recente s-au îndreptat spre cifrarea, în procente, a acestui factor perturbant - care scade "fiabilitatea" asistenţei medicale - şi spre experimentarea unor mijloace destinate să o amelioreze. De exmplu,

furnizarea de instrucţiuni scrise creşte complianţa de la 66% la 92% (Gabriel, 1977).

Participarea activă a pacientului presupune atitudine cooperantă, o anume poziţie faţă de propria boală, o bună atenţie şi o bună memorie (Moulding, 1961). Determinarea cantitativă a non-complianţei, ca atare, are în vedere doar "vârful unui aisberg". O vină o are examinarea superficială, graba medicului, rutina în prescripţie, neglijarea aspectelor psihosomatice, recomandaţiile nerealiste sau "perfecţioniste", efectele adverse ale medicaţiilor (Ehrlich). Non-complianţa este uneori deliberată, alteori ţine de teamă, de neîncredere, de prejudecăţi faţă de "nou" (care pot fi diametral opuse), de interferenţe cu o automedicaţie camuflată etc. Ea complică mult aşa-zisele experimentări clinice ale medicamentelor. Nu pot fi neglijate diferenţele socioculturale între populaţii: acolo unde educaţia se face în sensul respectului autorităţii, este de aşteptat o complianţă satisfăcătoare.

Retrospectivă

Boala creează un tip nou, cu totul particular, specific, de raporturi şi relaţii între oameni, o adevărată lume particulară în sânul lumii mai mari, care se conduce după valorile şi nevoile fiinţelor normale (Riese). "Colocviul medical" cuprinde o parte din aceste raporturi. Cum poate fi denumit, cât mai adecvat, partenerul medicului în acest colocviu? Citām părerile lui L. Portes: "Cuvântul *client* are o rezonanţă neplăcută pentru susceptibilitatea medicală. Cel de *asigurat*, care tinde să se impună în zilele noastre (este vorba de "asigurările sociale" din ţările (capitaliste - n.a.) nu face decât să insere interesatul într-o reţea juridică şi socială. Termenul de obicei emis, de *bolnav*, care-l situează în faţa medicului, şi într-un anumit fel de cealaltă parte a barierei, are inconvenientul de a nu recunoaşte decât un fapt patologic. Vechiul cuvânt francez *pacient* ne satisface mult mai mult ... pentru că el subliniază atitudinea, esenţialmente afectivă, pe care o adoptă fatal fiinţa umană chinuită de boală,

atitudine care ne forţează simpatia şi ne câştigă solicitudinea". Autorul continuă: "actul medical, dacă este cu siguranţă în majoritatea cazurilor un act ştiinţific, dacă el este în grade diferite un act social, este întotdeauna un fapt psihologic. Acesta este caracterul său, dacă nu cel esenţial, cel puţin cel mai constant, cel mai imuabil, în orice caz cel care asigură medicinii, de-a lungul tuturor timpurilor şi în toate locurile, extraordinara sa unitate... el este o dramă cu două personaje".

S-a încercat (şi acest punct de vedere este cel mai răspândit) să se asimileze actul medical ca un *act contractual*. Cel fel de "contract" este însă acesta, în care părţile nu sunt egale? Poate un "contract de adeziune", în care o mână slabă se întinde, *liberă*, spre o mână mai viguroasă. Dar consimţământul bolnavului nu este în realitate nici liber, nici pe deplin luminat. Portes scrie: "dintre toate contractele, actul medical este fără îndoială cel al cărui conţinut moral şi psihologic este cel mai bogat şi cel mai greu de sesizat prin concepte pur juridice". Se constată uşor că, pe de o parte, cadrul juridic în care se poate integra valabil actul medical "rămâne încă de definit", iar pe de altă parte, că în documentele juridice moderne, desprinderea responsabilităţii medicului se face adesea prin apel la o noţiune extrajuridică, aceea de *conştiinţă profesională*. Astfel iese în evidenţă nu numai caracterul *sui-generis* al raportului dintre bolnav şi medic, dar şi marea însemnătate care revine *conştiinţei morale* a medicului în reuşita actului medical.

După cum sublinia W. Riese, *"actul medical este plin de implicaţii morale, în fiecare etapă a sa şi în fiecare variantă a sa: anamneză, diagnostic, indicaţie, prognostic, tratament, profilaxie"*.

Baruk, eminent psihiatru francez, a subliniat în repetate rânduri legătura reciprocă dintre nivelul moral al medicinii unei epoci şi realizările sale clinice. Vorbind despre decăderea medicinii hipocratice în epoca elenistă, în care se constată o recrudescenţă a fideismului şi a magiei şi, de asemenea, trăsături a ceea ce s-ar putea numi dezumanizare scientistă a medicinii (experimentare pe om etc.), Baruk face observaţia că "decadenţa eticii şi a respectului faţă de om, ca şi utilitarismul cu vederi scurte, precedă decadenţa ştiinţei însăşi".

Chirurgul F. Forgue scrie: "ceea ce constituie nobleţea stării noastre, ceea ce face, totodată, demnitatea medicinii şi greutatea responsabilităţii sale, este măreţia tragică a unora dintre situaţiile care ne sunt supuse, este înălţimea morală a problemelor care ne sunt câteodată propuse şi a căror soluţie cere multă conştiinţă, mai multă conştiinţă decât ştiinţă".

Medicina *nu* este o ştiinţă abstractă, ci una practică - dar ea nu se aplică materiei. Supunerea ei specială şi exclusivă la om "este ceea ce o face să fie o ştiinţă incomparabilă... Medicina este o ştiinţă adresată omului şi nu bolii, omului bolnav şi nu bolii omului" (J. Okinczyk).

Aspecte psihosociologice ale bolii şi ale medicinii

Introducere

Termenul de *psihosociologie* este nou. Psihosociologia nu este *psihologie socială (sociopsihologie)*; este o "zonă de frontieră", care îşi centrează atenţia pe modul de inserţie al individului în relaţiile sociale - fiind într-un anumit fel un complement al psihologiei "clasice", care avea o optică limitată, individualistă (Badin).

Un prim nivel de analiză este *relaţia interpersonală* (omul are "antropotropism"). În mod curent, se spune că *socialul* porneşte de la cel puţin *trei* persoane; dar şi în relaţia dintre două persoane socialul este prezent prin experienţele anterioare ale subiecţilor, prin "amenajarea" întâlnirilor, prin problemele pe care le au de rezolvat în comun. Un al doilea nivel îl reprezintă *grupele restrânse*, cum ar fi familia sau echipa de lucru, care nu sunt sisteme "închise". Un al treilea nivel (sau - mai bine zis - un al treilea grup de nivele) îl reprezintă *grupele mari* - de care se leagă noţiuni cum ar fi: clasa, opinia publică, comunicarea, comportarea de masă etc. După cum observă A. Mihu, la fiecare nivel (caracterizabil aproximativ prin *ordinul de mărime* al numărului de indivizi care compun grupul social) domină legi sociale de alt tip - expresie a relaţiei dialectice dintre cantitate şi calitate. Astfel este justificată o preocupare specială "microsociologică". Situaţia bolnavului în familie sau în spital este de resortul unor astfel de preocupări.

De resortul psihosociologiei sunt problemele în care intervin roluri, răspunderi, motivaţii, norme, legături ierarhice şi funcţionale, comunicaţii, comenzi, rezistenţe psihologice la schimbări etc.

Fundamentală este conceperea "dublei structuri organizatorice" a oricărui grup social:

a) o organizare *formală*, care cuprinde ierarhia regulamentară, distribuţia administrativă a sarcinilor etc.;

b) o organizare *in-formală*, non-formală, care se constituie spontan - şi care cuprinde grupări pe bază de afinitate, repartiţii de roluri (ca cel de *lider)* şi de influenţe, factorii de coeziune sau de disoluţie, sistemele curente de comunicare directă şi codurile de conduită.

Totodată, *psihosociologia* propune interpretări diferite de cele *psihofiziologice* şi de cele *psihologice pure*. De exemplu, randamentul poate creşte, deşi condiţiile fiziologice de lucru devin mai proaste, dacă persoanele din grup dobândesc sentimentul propriei importanţe şi al securităţii şi dacă se modifică (în bine) coeziunea grupului.

În *sociometria* sa, J. L. Moreno preconizează stabilirea unei *sociograme* a grupului, pe baza declaraţiilor confidenţiale privind sentimentele de atracţie, repulsie şi indiferenţă ale fiecărei persoane faţă de celelalte. Sociograma este o "reţea de atracţii şi repulsii" şi este o indicaţie pentru *regrupări* ameliorante ("reconstrucţia sociometrică"; ea poate determina o creştere a randamentului în muncă, o scădere a *consumului nervos* al muncii, sau o îmbunătăţire a relaţiilor dintre bolnavii care ocupă paturile aceluiaşi salon etc.). Atragem atenţia asupra faptului că este vorba de relaţii *interpersonale*, adică nu de relaţii pur şi simplu *interumane*, ci între oameni care se *cunosc*, care îşi cunosc reciproc notele lor *personale*. "Jocul teatral" al rolurilor, în prezenţa altora, este ideea *psihodramei* şi a sociodramei. Psihodrama se referă la relaţii interpersonale; sociodrama - la relaţii între grupe. Nu este vorba numai de un *catharsis* prin simulacrul de joc scenic (de fapt o improvizaţie *liberatoare)*, ci de o cale de a înţelege mai bine unele atitudini şi unele conflicte. Acest *role playing* ajută la modificarea *atitudinilor* faţă de alţii şi faţă de sine - şi deci la modificarea comportamentului.

Psihosociologia explorează, aşadar, situaţii în care luminile medicinii pot fi foarte preţioase. Pe de altă parte, psihosociologia grupelor este importantă pentru clarificarea şi îmbunătăţirea vieţii în *colectivităţile* de bolnavi (de asistenţă sanitară) - în ce priveşte relaţiile dintre bolnavi, relaţiile în sânul personalului de asistenţă, relaţiile dintre bolnavi şi personalul de asistenţă. Psihosociologia grupelor este preţioasă şi pentru fundamentarea ştiinţifică a *terapiei în grup* sau a educaţiei sanitare.

Boala, fenomen social

Boala este un fenomen social: 1) prin "definiţie"; 2) prin origine; 3) prin consecinţe; 4) prin atitudinile colective pe care le suscită etc.

Într-adevăr, ceea ce este considerat ca boală diferă de la o comunitate socială la alta (şi, de asemenea, de la o etapă istorică la alta, în cadrul aceleiaşi comunităţi sociale). Atunci când o boală endemică este foarte frecventă (de ex. guşa în unele regiuni din Tirol, boala *pinto* la unele triburi sudamericane) - cei care *nu* sunt atinşi de afecţiune sunt consideraţi anormali *(recte* bolnavi). Unii schizofreni sunt consideraţi, la triburi exotice, drept "vrăjitori", atribuindu-li-se calităţi supranaturale. S-a vorbit mult despre influenţa asupra decursului unor evenimente istorice a "marilor" obsedaţi, a paranoicilor etc.

Despre *originile sociale* ale multor boli nu este cazul să discutăm în capitolul de faţă. Este sarcina *medicinii sociale* şi a *sociologiei medicale* să analizeze relaţiile dintre factorii demografici, economici, culturali, politici etc. şi starea de sănătate a populaţiilor. Dar medicina socială nu se rezumă la probleme de sănătate publică: există o "medicină socială la nivel individual", care cercetează recuperarea factorilor sociali (cum ar fi munca, *status*-ul social, *rolul* şi *statutul social,* nivelul de trai, nivelul cultural şi igienic etc.) până la intimitatea ţesuturilor. (De exemplu, musulmanii nu beau alcool. Circumcizia evreilor şi a musulmanilor are consecinţe asupra profilaxiei cancerului genital. Fumatul face parte din cultură). Numeroşi factori *biologici* şi *fiziologici* au o "resemnificare" socială (de ex. sexul).

Factorii patologici şi intervenţia medicală (igiena, iatrogenia) ar merita, ei înşişi, o analiză separată. S-ar putea spune că, cu cât grupul este mai mic viaţa sa este mai aptă de a fi perturbată prin intervenţii "infrastructurale" de tip fiziologic, biologic, patologic. Factorii sociali acţionează *psihologic* sau - mai ales (S. Cupcea) prin mijlocirea altor factori: *fizici* (microclimă, noxe profesionale), chimici (alimentaţie), biotici. Problemele legate de originea socială a bolilor se întind pe un registru foarte larg. La o extremitate întâlnim deformaţiile somatice *artificiale* întâlnite cu scop de ornamentaţie la unele popoare. (Tatuajul este un exemplu larg răspândit. La chinezoaicele epocii imperiale, deformarea piciorului era o mutilare de înfrumuseţare. La unele popoare africane şi polineziene, *obezitatea* femeilor, obţinută printr-o adevărată îndopare, le ridică enorm valoarea matrimonială). La cealaltă extremitate, găsim boli ale civilizaţiei - cum sunt "nevroza telefonistelor" sau "surmenajul dirigenţilor" (R. Bize şi P. Goguelin, 1956).

Mediul social poate fi patogen, între altele, prin *solicitare*. Din punct de vedere psihosociologic, solicitarea este o problemă legată de *rol* şi de *poziţie* socială. *Multiplicitatea rolurilor* pe care le "joacă" un individ este generatoare de conflicte şi tensiuni. Menţionăm *combinarea* rolului de mamă şi de profesionistă, ceea ce înseamnă o solicitare intensă a multor femei. Incapacitatea de a face faţă rolului defineşte, din punct de vedere psihosociologic, *infirmitatea* (sau boala); invers, boala sau infirmitatea pot împiedica atingerea unei *poziţii sociale* şi "jucarea" unui rol. De fiecare rol este legată o apreciere de valoare (axiologică) şi, de aceea, un *halo* afectiv. "Dictomia" între valorile impersonale (în relaţie cu rolurile formale) şi valorile şi speranţele personale intervine în geneza stării de *malaise* foarte răspândită în secolul nostru. Intervine şi *refuzul* de a accepta şi a "juca" un rol.

Mobilitatea socială este un alt factor patogen: mobilitatea *verticală* (în ierarhia socială) şi cea *orizontală* (migraţia de la un mediu geografic, politic, cultural - la altul). Mobilitatea socială presupune efort de adaptare. Competiţia pentru succes este generatoare de tensiuni deseori patogene (nevroze, ulcer, schizofrenie); ambiţioşii se

întâlnesc frecvent printre coronarieni. Mobilitatea orizontală duce la slăbirea coeziunii sociale; scăderea confirmării la valorile culturii şi civilizaţiei (*anomie*, Durkheim) este corelată cu crizele sufleteşti, cu delincvenţa, cu sinuciderea.

Tissot (1780) este cel care a inaugurat un mod nou de tratare a problemelor medicale prin al său *Essai sur les maladies des gens du monde*. El se referea la aristocraţia franceză decadentă, trândavă şi preocupată de petreceri (femeile au "crize de nervi" şi *vapeurs* etc.). Tissot nu uită să vorbească despre pomezile cosmetice şi despre corsete. Mai târziu, G. Leopardi va scrie versuri în care va considera că "moda" este un bun ajutor al Morţii!

Aceeaşi entitate clinică îşi poate schimba, în timp şi spaţiu, cauzele şi mecanismele de producere. Aceasta face ca teoriile explicative să nu concorde de la o generaţia la alta, de la un mediu social la altul. La începutul secolului nostru, psihonevrozele de care sufereau pacienţii din clientela pariziană a lui Déjerine apăreau frecvent prin intervenţia introspecţiei şi a autoobservaţiei ipohondriace; acestea perturbau automatismele viscerale. În clientela vieneză a lui S. Freud se descoperea, aproape fără excepţie, intervenţia unui factor sexual. Mai târziu, în S.U.A., K. Horney se depărta de psihanaliza freudistă analizând elementele patogene ale "modului de viaţă american", E. Fromm - elementele patogene ale societăţii capitaliste, iar H. Marcuse - civilizaţia tehnologică. În U.R.S.S., larga circulaţie de care se bucura doctrina corticoviscerală nu ţinea numai de caracterul *evident materialist* ale acestei doctrine, ci şi de faptul că, în condiţiile dintre anii 1930-1950 (interval care a inclus şi perioada de război), sănătatea oamenilor a fost serios zdruncinată prin cauze *"nespecifice"* de solicitare, tensiune şi uzură a sistemului nervos central.

K. Sudhoff arăta că fiecărei epoci istorice îi este proprie o maladie specifică, o boală "structurală", corespunzând nu numai condiţiilor particulare ale existenţei sociale, ci şi concepţiei fundamentale despre existenţă a epocii respective. În Antichitate, lepra "vorbea" despre destinul *individual* implacabil. În Evul Mediu, ciuma "întrupa" blestemul sau pedeapsa divină. Apoi a venit epoca sifilisului, această

boală fiind pusă în legătură cu libertinajul, reflectând - până la un punct - "rolul" jucat în societate de către curtezană etc. Tuberculoza "se acordă" cu patetismul clorotic al romantismului. Cancerul din zilele noastre nu semnifică, oare, "întâlnirea" cu iraţionalul, cu ceea ce - deocamdată - rămâne în afara posibilităţilor de înţelegere a biofizicii şi biochimiei?

Pe această linie de gândire, M. Eliade observa că dictonul "nu există boală, ci bolnav" corespunde cel mai bine unei epoci individualiste. *Boala* este tratată conform schemelor din manualele de nosologie; pentru a trata *bolnavul,* s-a cerut crearea unor tehnici curative strict personale (intimpersonale), cum ar fi cele psihanalitice, sau s-a recurs la forţele nespecifice ale naturii (*naturalismul* a înflorit în aceeaşi epocă). Poate că, pentru epoca noastră, este caracteristică "sănătatea condiţionată": medicina şi farmacia dau suport multor oameni care, fără ajutorul lor, ar fi infirmi sau neproductivi. Totodată, medicina contemporană limitează enorm jocul selecţiei naturale.

Consecinţele sociale ale bolii sunt - cum spuneam - mai profunde, imediate, vizibile, la nivelul grupelor mici: familie, atelier etc. Consecinţele nu sunt numai economice. Boala (sau accidentul) modifică în general relaţiile dintre oameni. Boala zdruncină echilibrul sistemului social (microsocial). Prezenţa unui bolnav sau infirm într-o locuinţă impune readaptarea vieţii tuturor colocatarilor.

La nivelul grupelor mari - naţiuni, popoare, rase, omenirea întreagă - "lucrează" marile epidemii (malaria, alcoolismul, toxicomaniile, arterioscleroza etc.). Colonizarea zonelor tropicale şi ecuatoriale - impaludate - de către europeni a decurs în condiţii cu totul diferite înainte şi după introducerea în terapeutică a chininei. După unii autori, chinina a "condiţionat" în oarecare măsură soarta (destinul) imperiilor coloniale portughez, spaniol, francez, englez, olandez (primele două, în decădere din cauza malariei, iar ultimele trei, *în ascensiune* cu ajutorul chininei) (Bugard, Brumpt). S-a spus că şi parazitozele influenţează net *civilizaţiile*. Pentru o anumită perioadă a evoluţiei capitalismului se potrivea jocul de cuvinte "civilizaţie-sifilizaţie" (E. Sterian).

*

Ne vom opri mai mult asupra *atitudinilor colective* pe care le suscită bolnavii. În organizaţiile statale de tip spartan, bolnavul era repudiat, "respins" de colectivitate; în unele state cu mentalitate dominantă religioasă, bolnavul era privit ca un păcătos, adică de fapt ca un delincvent sau criminal. Pe baza concepţiei demonologice, bolnavul era *temut* ca un purtător de spirite nefaste sau *exterminat* pentru aceleaşi motive (arderi pe rug etc.). După concepţia creştină, boala este mai curând un factor de unire între oameni, îndemnând la caritate. *Statul modern* se îngrijeşte de bolnavi şi de defavorizaţii sorţii, prin măsuri de asistenţă socială şi medicală.

Statutul bolnavului în societatea noastră a fost analizat, între alţii, de T. Parsons (1955). Acest statut cuprinde: a) exempţia de responsabilitate (care trebuie însă legitimată de medic); b) dreptul de ajutor (din care derivă şi atitudinile revendicative): bolnavul este scutit de obligaţia de a munci pentru societate, dar, pentru a beneficia de aceste drepturi, el are: c) obligaţia de a dori să se însănătoşească şi d) obligaţia de a coopera la vindecare (de aici rezultă unele îndatoriri sociale cu un *rol* complementar celui al medicului: există o *deontologie a pacientului).*

Viaţa socială productivă se bazează, fireşte, pe *sănătatea* membrilor ei - ceea ce Bülow (om politic german) a exprimat în cuvintele: "sănătatea fizică, morală şi intelectuală este... cea mai mare bogăţie a unui popor".

După acelaşi T. Parsons, statutul medicului cuprinde, corespunzător: a) competenţă recunoscută; b) "universalismul rolului" (el nu poate refuza bolnavi după criterii arbitrare: este *medic pentru toată lumea);* c) specificitatea profesională ("puterea" sa asupra bolnavului se referă la boală - şi nu la alte probleme ale vieţii persoanei); d) neutralitate afectivă (nu are voie să fie părtinitor); e) dezinteres material şi altruism.

*

O menţiune specială o merită atitudinea socială faţă de *bolnavii mentali*. După Foucault, "nebunul" a luat - în Evul Mediu - locul deţinut înainte (până la sfârşitul Cruciadelor) de către lepros, ca întruchipare a Răului. Nebunul a fost privit ca "posedat", locuit de diavol, el însuşi diavol. Exilul său din societate a avut iniţial o semnificaţie rituală (parodii de ceremonialuri religioase, alungare cu nuielele etc.). Ca şi în cazul ritualurilor de excludere a leproşilor, intenţia nu era de a *suprima boala*, ci de a o *menţine la o distanţă* "sacră", de a o fixa într-o "exaltare inversă". Scopul era de a *proteja societatea* şi nu de a *îngriji bolnavul*. Spitalul (nu numai spitalul de nebuni!) devenea un "al treilea ordin al represiunii", alături de poliţie şi justiţie. Nebunia era privită totodată ca un scandal şi un *"déjà-là de la mort"*; pentru a o exorciza cât mai eficient, nebunia a fost preschimbată într-un *spectacol public* (azilele se puteau vizita contra unei taxe). Au trebuit secole întregi pentru ca psihiatrul să se transforme din gardian în îngrijitor, iar "nebunul" să fie considerat, succesiv, un *alienat*, un *dement* şi, în fine, un *bolnav*. Se admitea că nebunii pot suporta indefinit (ca şi *animalele)* mizeria fizică, frigul, foametea (însuşi Pinel, "liberatorul" lor din lanţuri, credea acest lucru) şi erau ţinuţi în lanţuri ca şi criminalii (sau ca fiarele).

În alte societăţi (culturi, epoci istorice), nebunului i s-au atribuit însuşiri supranaturale şi a fost *temut şi respectat* în acelaşi timp. După unii etnografi, atitudinea faţă de nebuni a oscilat polar între un astfel de respect (cu eventuală valorificare magico-mistică şi a "resurselor" sale) şi repulsia plină de groază, generatoare de cruzime. Platon vorbea despre "manii" care aduceau un plus de cunoaştere.

Susser şi Watson (1962) încearcă să explice atitudinea deosebită faţă de bolile mentale prin aceea că, în domeniul psihologic, există aparent un *continuum* între sănătate şi boală: sfera normalităţii este foarte largă şi se încrucişează cu sfera patologicului; constatarea aceasta produce anxietăţi reacţionale; pentru a calma *spaima de a ne îmbolnăvi*, creăm concret o *limită* prin internarea, izolarea, devalorizarea socială a celui decretat "nebun". Explicaţia nu ni se pare pe

deplin satisfăcătoare. S. Starr (1957) a arătat că majoritatea oamenilor *contemporani* cred că "nebun" înseamnă comportament nepredictibil, violent - care *necesită îndepărtare*. În orice caz, omul de azi se teme şi se *fereşte* de diagnosticul psihiatric (poate şi pentru că etiologia, patogenia şi terapeutica bolilor mentale sunt imprecis puse la punct), iar această atitudine se manifestă pe plan conştient ca şi pe plan inconştient (E. şi J. Cumming, 1957).

*

Boala poate da beneficii sociale secundare, lucru de care trebuie să ţină seama întotdeauna terapeutul. Includem aici şi *fuga în boala mentală* ca şi *simularea bolii mentale* (expresia dramatică se găseşte în *Henric IV* de L. Pirandello). *Fuga în boală* (în boala *oarecare)* este, de multe ori, expresia unei dezadaptări sociale.

Menţionăm în treacăt că boala aduce o "devalorizare" socială, care se exprimă în diagnosticul-*invectivă* (cuvintele: nebun, imbecil, cretin, idiot, sifilitic, "ofticos" etc. sunt *termeni medicali!)*.

În acelaşi timp, "a fi bolnav" poate însemna şi o modalitate de a exercita *presiuni sociale* (presiuni "morale") în mediul microsocial (familie, loc de muncă etc.). Aceasta nu înseamnă că bolnavul trebuie întotdeauna suspectat, nici că viaţa sa în timpul bolii trebuie "organizată" astfel încât *răul să nu aibă nici un aspect pozitiv*. Dimpotrivă, desluşirea unor aspecte pozitive în boală, a acelui *bon usage de la maladie*, este un important element al psihoterapeuticii. Societatea (sau instituţia) nu pot să pretindă confiscarea întregii forţe de muncă şi a vieţii personale a membrilor ei; dimpotrivă, ele trebuie să fie cointeresate în consolidarea sănătăţii, personalităţii şi bucuriei de a trăi a angajaţilor de care profită în mod secundar, dar substanţial. "Principiul" parcimoniei în acordarea concediilor duce deseori la rezultate opuse celor scontate. Astfel, prezentarea la locul de muncă a bolnavilor de gripă diseminează boala printre colegi. Neatenţia sau lipsa de "cap limpede" generată de boală pot determina rezolvări neadecvate ale unor probleme, pot provoca accidente etc. Aşadar, societatea -, oferindu-i bolnavului condiţii de însănătoşire în izolare (la domiciliu

sau în spital) - *se apără* totodată de consecințele (nu numai sanitare) ale bolii. În bolile cronice, situația se schimbă, firește. În unele cazuri, folosirea rațională a capacității de muncă reziduale are ea însăși un efect terapeutic (ergoterapie etc.).

În sfârșit, *există relații sociale legate de starea de boală:*

a) *relația terapeutică*, un tip specific de relații interpersonale. Rolurile de medic și pacient sunt "jucate" în funcție de modelele culturale ale societății și de experiențele anterioare ale vieții colective. Această relație este complexă și - în afara aspectelor terapeutice (intervenții chirurgicale, administrarea drogurilor, psihoterapiei) – cuprinde elemente cum ar fi plata onorariilor, intervenția serviciilor sociale etc. Ea este influențată și de nivelul informației medicale a publicului, de evoluția farmaciei (și de dezvoltarea - industrială și comercială - a industriei de medicamente). Autoterapia medicamentoasă - *home medication* - este mai răspândită decât orice toxicomanie! Relațiile medic-pacient au avut o evoluție istorică al cărei studiu este de resortul istoriei medicinii. În ultimul secol, s-a produs "modernizarea" spitalelor (în sensul amenajărilor tehnice, al creșterii confortului și mai ales a siguranței, al umanizării, al creșterii numerice, de capacitate și de accesibilitate), înflorirea medicinii de cabinet particular, trecerea la sistemul de policlinici, dezvoltarea asigurărilor sociale etc.;

b) faptul bolii este la originea unor fenomene speciale de grup - cum sunt cele proprii ale *sociologiei spitalului.*

Familia

Această unitate (celulă) socială creează legături interpersonale specifice, roluri (de soț, soție, tată, mamă, copil), obligații, probleme. Deși este generatoare de tensiune și uneori de contradicții, funcția sa din punctul de vedere al sănătății publice este dominant antipatogenă și higiogenă. Bolile mentale și sinuciderile sunt mai frecvente la cei necăsătoriți; longevitatea este mai mare la cei căsătoriți. Reciproc, aptitudinea de a întemeia și susține o familie este un test de sănătate

mentală. Viața reușită de familie înseamnă, între altele, o rezolvare a unor probleme legate de Sexus și Eros, mai multă ordine, disciplină și înțelepciune, decizia de exercitare și de cultivare a devotamentului, o echilibrare datorată și sarcinilor asumate. Funcția psihologică și spirituală a copilului care apare în sânul familiei *(lorsque l'enfant paraît,* V. Hugo) este complexă, repercusiunile asupra sănătății mentale a părinților sunt în general pozitive. De asemenea, pentru copil, existența unei familii unite este o condiție *sine qua non* a bunei dezvoltări a personalității sale. Freud a insistat asupra rolului identificării cu părinții și a "triunghiului" copil-tată-mamă (complexul Oedip). Copiii sunt elemente de solidarizare a familiei. Dezorganizarea familiei afectează direct somatic și psihic, ca și pe cale psihosomatică, sănătatea soților și echilibrul moral al copiilor; ea favorizează delincvența și toxicomaniile.

Familia înseamnă, între altele, sprijin și ajutor reciproc - care se manifestă și în boală. Supraviețuirea și vindecarea depind, în numeroase cazuri de factorul familial. Bolnavul cronic cere o îngrijire care nu se poate imagina decât într-o societate evoluată cu familie consolidată; societățile primitive nu tolerează indivizi neproductivi decât pe timp scurt (pe durata bolilor acute). Același lucru se poate spune și despre bătrân. Anchetele au arătat că marea majoritate a bătrânilor este asistată de către rude (și numai câteva procente sunt asistate social). Sprijinul extrafamilial bazat pe solidaritatea umană se dezvoltă mai târziu decât cel intrafamilial. În această perioadă a vieții, bătrânii (după retragerea din activitatea productivă) își găsesc o compensare în preocupările familiale (în special femeile - în preocupările gospodărești).

Boala este "o stare socială" (și nu numai una patologică) *și* pentru că modifică relațiile ale persoanei îmbolnăvite cu familia.

Boala cronică generează frecvent tensiuni în relațiile intrafamiliale. Ea obligă la o readaptare a familiei - ca timp, venituri, autoritate, toleranță.

Sunt bine cunoscute de către medici reacțiile părinților față de un copil anormal, infirm sau bolnav cronic. S-a descris o stare de șoc *(stress)* psihic cu sentimente de culpabilitate, dezolare, desperare; o

fază cu căutare de soluţii; o stare durabilă de echilibru. În realitate *rămâne* un fond de tensiune cu irascibilitate, tendinţe depresive, reacţii nevrotice şi caracteriale.

Psihosociologia spitalului

În cadrul spitalului "intervin procese de grup de o amploare şi de o diversitate pe care nu le întâlnim în vreo altă organizaţie": relaţii bolnav-bolnav, bolnav-personal de asistenţă, personal-personal, relaţii cu ambianţa socială. Spitalul ar fi un "loc strategic al cercetării sociale" (Badin). Unele grupuri sunt constituite în scop de terapie, în scop de muncă socială; altele sunt numai grupe de vechi bolnavi. Studiul acestor relaţii şi fenomene este important atât pentru înţelegerea unor procese fundamentale ale vieţii sociale (înţelegere mijlocită de acest "model concret"), cât şi pentru elaborarea organizării spitaliceşti, a practicii medicale, a politicii sanitare.

Spitalul este o răscruce socială în care întâlnim categorii extrem de diverse. Statisticile arată că majoritatea populaţiei dintr-un stat modern are, în cursul unui an, relaţii directe sau indirecte cu organismele spitaliceşti (sunt bolnavi, rude sau cunoştinţe de bolnavi, au relaţii profesionale etc.). Consideraţiile privitoare la eficacitatea acestor instituţii au o semnificaţie particulară, pentru că au implicaţii legate de suferinţa umană şi deoarece, astăzi, investiţiile de fonduri în spitale sunt considerabile. În sfârşit, atmosfera psihosocială dintr-un spital poate avea o reală "valoare teraputică" (sau dimpotrivă).

Spitalul este o "mică societate", având o anumită poziţie în cadrul *societăţii globale*. Legătura cu "societatea globală" este una în mediul urban şi în mediul rural, alta când finanţarea este publică sau când este privată, alta când caracterul instituţiei este laic şi când caracterul este religios. De asemenea, "mica societate" se prezintă diferit după cum dispune de monopol sau suferă o oarecare concurenţă, după originea autorităţii conducătorilor (cine-i numeşte? faţă de cine sunt responsabili?). Poziţia sociologică a spitalului (şi structura sa) au o puternică condiţionare istorică.

Psihosociologia spitalelor este dependentă atât de *dimensionarea grupelor* (număr total de bolnavi, numărul de bolnavi din saloane), cât şi de *compoziţia grupelor* (în ce priveşte pe bolnavi, contează circumstanţele de intrare, categoria socială, vârsta, sexul, ca şi tipul de boli îngrijite: acute? cronice? etc.). În ce priveşte personalul de îngrijire, tehnic şi cel administrativ – în spitalele mari există până la 60 *(sic!)* de categorii profesionale.

În spitale există o *organizare in-formală*, care se suprapune peste cea *formală*. Pe linie *formală*, există o dublă ierarhie: administrativă-de-birou şi clinică. Între cele două ierarhii se pot ivi divergenţe. De exemplu, este natural ca din punct de vedere administrativ să fie urmărită standardizarea tratamentelor (în timp ce clinicianul de valoare are ca principiu director individualizarea lor); obiectivul *rentabilităţii* poate intra în conflict cu cel al *îngrijirii optime* a bolnavilor. Personalul mediu şi inferior de îngrijire a bolnavilor este supus la o multiplă solicitare: din partea administraţiei, din partea medicilor şi din partea bolnavilor, din partea organizaţiilor obşteşti etc. De aceea, fenomenele de interacţiune (interdependenţe) sunt deosebit de complicate.

P. Badin admite că funcţionarea spitalelor are trei scopuri: a) îngrijirea bolnavilor; b) scop financiar-comercial (de rentabilitate, prezent în multe instituţii sanatoriale capitaliste); c) de formaţie profesională (învăţământ). Autorul trece cu vederea scopul de cercetare ştiinţifică. În istoria medicinii, faza de *medicină de spital* (iniţiată de un Laënnec, de un Charcot etc.) este bine conturată, în ce priveşte aportul ei ştiinţific.

Se poate vorbi de "cultura" organizării spitaliceşti, acest termen fiind luat într-un sens limitat, ca termen tehnic de psihosociologie. Aici intră normele de conduită, ideile, credinţele, tabla (şi ierarhia) de valori, limbajul ("jargonul" specific unui anumit serviciu spitalicesc), simbolurile de autoritate, unele acte convenţionale sau chiar "rituale" care au intrat în obicei, lista de lucruri care "se fac" şi de lucruri care "nu se fac" în ambianţa particulară. De multe ori "şefii" îşi impun principiile, tabieturile, capriciile, "idiosincraziile", idealurile. Medicul nou-intrat trebuie să se adapteze pentru a fi asimilat în comunitatea de

lucru. În spital există, apoi, o *strucutră non-formală* mai mult sau mai puţin labilă. Ierarhia formală poate să corespundă sau să nu corespundă cu ierarhia după prestigiul medical şi ştiinţific. Competenţa poate să coincidă sau nu cu aspectul "simpatic" sau cu capacitatea de a juca un rol de lider. Reţelele de afinităţi pot să coincidă sau nu cu structura organizatorică a comunităţii de lucru. Afinităţile spontane sunt cele care stau la baza comunicaţiilor interpersonale.

Este de menţionat concluzia lui Stanton şi Schwartz, după care "fricţiunile" la nivelul personalului medical se reflectă asupra armoniei *în* şi *între* bolnavi şi ca atare influenţează evoluţia şi prognosticul bolii.

Bolnavul spitalizat

Să trecem acum la analiza situaţiei psihosociologice a bolnavului spitalizat.

Omul spitalizat este obligat să-şi însuşească elementele din "cultura" ("subcultura") serviciului care l-a primit. Rolul principal de "interpret" al acestei culturi îl are infirmiera. O ajustare excesivă la mediul spitalicesc poate crea însă dificultăţi în readaptarea socială. Acest fenomen se întâlneşte de exemplu în cursul anumitor tratamente psihiatrice.

Rolul este tipul de conduită care "este de aşteptat" în condiţii date. Internatul se vede nevoit să joace "rolul de bolnav". T. Parsons (1951) a făcut deosebirea între rolul de bolnav *(sike role)* şi rolul de pacient *(patient role);* "a fi pacient" presupune un raport cu un individ (medic) sau cu o instituţie (spital) care îl îngrijeşte. S-au descris mai multe tipuri de reacţie a bolnavilor spitalizaţi, situate între supunerea *exagerată* manifestată de "bolnavul bun" şi ostilitatea francă împotriva personalului medical. În determinismul unei asemenea ostilităţi intervine probabil un mecanism de proiecţie descris de psihanaliză. După cum am mai menţionat, boala provoacă regresiuni spre atitudini infantile şi acestea sunt *accentuate* de către spitalizare. Spitalizarea este în multe cazuri un *stress* şi se cere să facem tot ce poate fi făcut

pentru atenuarea şocului; o componentă esenţială a şocului este tocmai schimbarea de *rol social.*

S-a descris şi o *nevroză de spital* a cărei apariţie este strâns legată de sociologia acestei instituţii. Întreruperea legăturilor cu familia şi blocarea altor comunicaţii interpersonale, măsurile administrative (şi nu numai administrative) luate în vederea asigurării curăţeniei şi liniştii, regimul autoritar, restricţiile, sedentarismul, rutina în activităţile cotidiene (mâncat, dormit, spălat), pierderea noţiunii de individualitate şi de proprietate personală (simbolizată prin predarea hainelor proprii şi prin îmbrăcămintea standardizată) – sunt cauze importante ale reacţiei nevrotice. Se adaugă cauze propriu-zis medicale (sedare, terapie prin şoc, explorări etc). *Pasivitatea* bolnavilor este probabil o formă de adaptare la noua realitate şi ea se manifestă prin apatie, prin resemnare şi printr-o ţinută caracteristică (umeri căzuţi, capul aplecat înainte, braţe încrucişate pe piept, mers târşâit).

Studii în ospicii au denunţat faptul că bolnavii suferă de pe urma structurii rigide-autoritare, a discrepanţei între structura formală şi cea in-formală, a atitudinii "non-terapeutice" manifestată de personal (I. Belknap, 1956). După Goffman (1968), "eul este (în aceste condiţii) sistematic mortificat".

*

Transcriem, după K. Engelhardt (din Gr. Popescu, 1981), factorii de *stress* la care este (sau poate fi) supus bolnavul spitalizat: anamneza primului examen clinic în prezenţa unei terţe persoane, izolarea, distanţa socială şi "limbajul" medical, procedeele diagnostice şi terapeutice, situaţia sa inferioară în "ierarhia" spitalicească, boala sau decesul altor bolnavi, reguli impersonale, lipsa de informaţii, supunerea (în loc de spiritul critic), limitarea spaţială, tratamentul depersonalizat (centrat numai asupra bolii), vizita medicală "incomprehensibilă". Fireşte, lista nu poate fi niciodată completă şi accentul pe unul sau altul dintre factori depinde de personalitatea, de ocupaţiile, de stilul de viaţă, de rutinele bolnavului, de obiceiurile, pretenţiile şi confortul aşteptat.

Sociologii care pornesc de la modelele antropologiei culturale insistă asupra a ceea ce numesc *aculturaţie şi neoculturaţie*. Gr. Popescu ia în considerare patru forme de adaptare la spitalizare: retragerea şi agresiunea - pe de o parte (sunt de fapt maladaptări); integrarea şi consimţirea, pe de altă parte.

În sfârşit, ceea ce s-a înţeles şi se înţelege prin "spital" acoperă o gamă variată de medii de viaţă. Între instituţiile improvizate, destinate sporadic săracilor prin acte de filantropie ineficiente pe plan social, lazaretele de pe câmpul de luptă, "carantinele" pentru ciumaţi şi leprozeriile - pe de o parte, şi sanatoriile dotate cu tehnică de ultimă oră pe de altă parte, distanţele sunt enorme. Antisepsia şi asepsia, progresul mijloacelor de explorare, concentrarea în spitale a elementelor cu cea mai bună pregătire - au schimbat corespunzător atitudinea publicului faţă de spitale: de la un loc de mizerie şi groază, la un loc "râvnit" pentru diagnosticul subtil şi tratamentul eficace şi sofisticat (Rohde).

*

O sursă de informare complexă despre viaţa în spitale o reprezintă *operele literare*. Ele sunt relativ abundente în literatura franceză. Murger scria: "un spital poate fi foarte poetic, însă el este totodată şi dezolant". O documentare "pe teren" despre viaţa de spital au încercat-o fraţii Goncourt – însă ca *vizitatori* şi nu ca pacienţi. Pacient *frecvent* a fost P. Verlaine. În literatura română, documentarea literară privind spitalele lipseşte aproape complet până la primul război mondial.

Birocraţie şi medicină

Termenul "birocraţie" are un înţeles propriu sociologic, referindu-se la o anumită *structură* "funcţionărească" a unităţilor umane de lucru, bazată pe competenţă (Max Weber, 1952). Progresele medicinii fac ca *instituţiile* să aibă un rol dominant în medicina

actuală. Medicul este un *angajat* cu *răspunderi* precizate. Structura de acest tip asigură *eficacitatea* în muncă, în dauna valorizării relaţiilor (şi a însuşirilor) personale; ultimul aspect este un factor nevrotizant în societatea actuală. S-a vorbit despre *disfuncţiile birocraţiei:* rigiditate, conformism, formalism etc., ducând la *lipsă de omenie*. De exemplu, medicul poate refuza ajutorul de urgenţă celui care nu are "acte în regulă". În orice caz, birocraţia *determină* (stabileşte) responsabilităţi pentru fiecare funcţionar şi *ipso facto* le limitează răspunderile.

Dezumanizarea funcţionarului se poate face şi prin ceea ce s-a numit *deformare profesională* sau chiar ceea ce s-a numit - exagerat - o "psihoză profesională" (Dewey). Rutina duce la exagerarea unor caracteristici mentale în dauna altora, la preferinţe, antipatii, discriminări şi interese specifice.

Incidenţele patologice ale psihosociologiei vieţii moderne

Din unghiuri diverse, psihologia medicală şi psihiatria abordează omul pentru a-i lumina sau restabili personalitatea.

Medicul psiholog şi psihiatru îşi pune problema legimităţii plângerilor şi realităţii perturbărilor aduse de epoca noastră, a modului în care acestea sunt resimţite de oameni în general şi de bolnav în particular. Astfel, fără a prejudicia asupra binefacerilor aduse de tehnică condiţiei umane, ar fi de luat în considerare "insuficienţele şi dezordinele unei civilizaţii care face o maladie de creştere" (Montessut şi Leroy).

"Insatisfacţia modernă" este mai întâi *epuizarea* fizică şi intelectuală a omului în *sarcini tracasante*.

Un alt exemplu este *automatizarea*.

Monotonia nu se limitează la dialogul om-maşină. O situaţie analogă apare şi în birouri; asupra ei nu insistăm.

Povara responsabilităţilor creşte nu numai în sectorul industrial, ci pe toate treptele organizării şi execuţiei diferitelor sectoare economice, politice, sociale.

Tensiunile şi agresiunile senzoriale alterează atât munca, cât şi repausul. După mulţi autori, *zgomotul* este noxa cea mai de temut. În afară de efectele specifice ale zgomotului (surditate profesională), zgomotul produce o serie de efecte nespecifice asupra sistemelor şi organelor cele mai variate.

Servitutea vieţii în comun s-a agravat odată cu urbanizarea accelerată impusă de industrializarea.

Servit şi aservit de maşinile sale, de la frigider la televizor şi telefon, omul trăieşte o situaţie ambivalentă de liberare şi alienare într-o *"trăire mecanică"* (Montassut şi Leroy).

Printre repercusiunile psihice şi psihosomatice ale civilizaţiei moderne asupra individului cităm anxietatea, agresivitatea şi oboseala.

Aceste repercusiuni psihologice şi psihiatrice ale noilor factori de muncă şi viaţă, a "uzurei prin existenţă" (Bugard, 1964) constituie o mare problemă de sănătate publică şi de sănătate mentală, fiind în continua preocupare a O.M.S.

*

După R. Bayet, psihopatologia şi simptomatologia bolilor evoluează în societatea actuală în raport cu elemente specifice de natură psihosocială. De exemplu, considerarea omului sub aspectul său funcţional şi de eficacitate, diminuează exersarea multiplelor modalităţi de expresie şi favorizează evoluţia bolilor nevrotice către forme psihosomatice care se acomodează cu o activitate mentală mai săracă. Societatea actuală este mai puţin tolerantă faţă de manifestările spectaculoase (de tip isteric) - alt motiv pentru care bolile de conversiune au diminuat ca frecvenţă. Dezadaptările (poate mai frecvente decât altădată) îmbracă forme larvate. S-au schimbat şi "punctele de presiune" ale societăţii asupra individului (de exemplu, constrângerea sexuală este mai puţin severă pentru femeie, în schimb există impedimente în exercitarea satisfăcătoare a maternităţii). Idealul pragmatic (succesul, reuşita, realizarea) domină idealul moral (care, oricum, este mai uşor de satisfăcut); eşecurile generează stări depresive. Agresivitatea ("cultivată" *ipso facto* într-o societate bazată pe competiţie) se întoarce deseori către persoană în chip de autoagresiune, ceea ce contribuie la întreţinerea stărilor depresive. În societatea actuală, desfăşurarea *primei copilării* nu este întotdeauna corespunzătoare, iar "frustraţiile precoce" îşi lasă amprenta asupra afectivităţii şi caracterului. În societatea actuală nu există o dezvoltare suficientă a vieţii "grupelor sociale intermediare" (familie, cercuri), *individul* fiind confruntat cu *masele* - ceea ce nu-i asigură manifestări psihosociale adecvate. Civilizaţia noastră este sediul unor *tendinţe culturale antinomice,* generatoare de conflictualitate. De exemplu, cresc virtual achiziţiile intelectuale, dar *se impune* specializarea; afirmăm libertatea individului, dar totodată cresc obligaţiile sale; preconizăm egalitatea şi principiul dragostei semenului - în schimb ducem o viaţă de competiţie; publicitatea ne creşte dorinţele, dar posibilităţile de a le satisface rămân reduse. Este evident că aceste caracterizări se justifică dacă avem în vedere societatea capitalistă. Se înţelege că realizarea idealurilor sociale de relaţii interumane are un rol sanogenetic de prim ordin.

Sociologia istorică a profesiunii medicale

În fiecare epocă istorică, medicina s-a impus sau a progresat prin anumite tipuri de contribuitori şi prin anumite ramuri ale sale. În Imperiul Roman, contribuţia esenţială a fost a clinicienilor; în Renaştere, a anatomiştilor şi a fiziologilor (pe linie descriptivă); în secolul al XIX-lea, a fiziologilor şi a bacteriologilor (pe linie explicativă); în secolul al XX-lea, a biochimiştilor, a farmacologilor şi a chimiştilor farmaceutici. Odată cu precizarea metodologiei ştiinţifice în medicină, dezvoltarea medicinii a devenit tot atât de rapidă ca şi "a ciupercilor după ploaie", iar medicina a luat curând aspecte de "industrie majoră" (Reader şi Gross). Medicina ultimului secol poate fi caracterizată, între altele, prin dezvoltarea conceptualizării ştiinţifice, prin creşterea numărului de cercetători cu diviziune a muncii, prin anexarea unor investigatori din alte discipline (exemplele lui Pasteur, Pauling etc.).

Cariera de cercetător în medicină nu mai necesită instrucţie clinică. Medicul continuă să identifice problemele clinice, dar activitatea de investigare tinde să progreseze mai rapid sub propriul impuls. Medicina ultimelor decenii înregistrează contribuţia crescândă - nu numai a biofizicii şi a biochimiei, ci şi a sociologiei şi a psihosociologiei.

Evoluţia ştiinţei medicale a făcut necesară specializarea; evoluţia tehnicii medicale a făcut ca medicul izolat să nu poată rezolva problemele de diagnostic şi de asistenţă. Interesele superioare de stat au obligat guvernele să ia sub control direct rezolvarea marilor probleme de sănătate publică, iar munca muncitorilor pentru o viaţă mai sigură şi mai bună au determinat organizarea socială a asistenţei sanitare în sectoare tot mai cuprinzătoare ale muncii. Acestea sunt o parte din cauzele care au dus la "birocratizarea" progresivă a vieţii medicale şi la transformarea treptată a medicilor în funcţionari salariaţi. În S.U.A., medicul de medicină generală este "muribund", adică pe cale de dispariţie. Autoritatea "paternă" a medicului de familie a scăzut pe măsură ce creştea competenţa specialiştilor şi cultura pacienţilor. Medicina "omnipracticiană" s-a devalorizat şi prin neglijarea (de către reprezentanţii ei) a unei instrucţii continue şi prin surmenajul la care era supus medicul - decalat din punct de vedere tehnic şi privat de viaţă personală prin solicitări neîntrerupte.

Medicina "de cabinet particular" poate fi privită sub mai multe aspecte. Mai sus am opus-o medicinii instituţionalizate - aproape în acelaşi fel în care s-ar opune munca meşteşugărească aceleia industriale. Din alt punct de vedere, ea poate fi privită ca o *medicină individualistă* (căreia i s-ar opune una de prestaţie *colectivă)*. Mai departe, ea poate fi privită şi ca o medicină "de tip burghez", bazându-se pe legea cererii şi ofertei (medicină *liberalistă)*, permiţând concurenţa, competiţia şi, eventual, succesul material deosebit al unui mic număr de privilegiaţi. Ea poate fi considerată şi ca o medicina *tradiţionalistă*, susţinută de o categorie de oameni sinceri şi dezinteresaţi care văd în medicină un sacerdoţiu. "Scientiştii", "raţionaliştii", "pozitiviştii", "tehniciştii" luptă, dimpotrivă, pentru organizarea asistenţei socializate în "uzine ale sănătăţii", medicii lucrând în *echipă*. Echipa reuneşte deci medici de discipline diferite; este eterogenă şi ierarhizată.

În sfârşit, medicina de practică individuală poate fi înţeleasă şi ca o *medicină "personalistă"*. Cu alte cuvinte, se susţine că în acest fel se poate asigura un contact *interpersonal* între bolnav şi medic, contact care este condiţia exercitării unei veritabile "medicini a persoanei". Cităm din A. Vincent: "persoana umană a bolnavului trebuie să fie considerată în totalitatea sa şi cu respect. Persoana medicului, de asemenea, pentru a fi totalmente eficace trebuie să fie respectată". Ignorarea *persoanei* dezumanizează medicina. Contactul medic-bolnav pe care-l preconizează unii reprezentanţi ai acestui curent este diferit de cel *indiferent* (ca în examenele de medicină preventivă) şi de cel în care bolnavul are o poziţie de inferioritate, de dependenţă, de supunere (ca în spitale). Încrederea, ducând până la confesiune, se obţine greu în condiţiile în care un oarecare bolnav se adresează unui *oarecare* medic. "Medicina persoanei" este aceea care dă atenţie cuvenită problemelor de viaţă şi atitudinii faţă de boală. Dacă "medicina psihosomatică se exercită cu capul, medicina persoanei se exercită cu inima, păstrându-ţi capul deştept" (Vincent, 1964). Această "medicină a persoanei" cere omnipracticism (perspectivă globală asupra omului!), liberă alegere, discreţie, *disponibilitatea* medicului. "Dacă pacientul cere specialistului înainte de toate calităţi tehnice incontestabile, el pretinde din partea omnipracticianului o mare disponibilitate şi o largă înţelegere" (P. Milliez). Dar pentru că fundamentul ei este dragostea de semen, ea se situează la *antipodul individualismului*. Subliniem că "medicina persoanei" acordă mare importanţă *persoanei* medicului în calitate de *agent psihoterapeutic* (De Maeder). Favez-Boutonnier (1962) deosebea tipul de *medic-mecanician*, care poate fi substituit prin alt tehnician, şi tipul de *medic-magician*, unde medicul este singularizat în raport cu bolnavul. Evident, în cazul chirurgiei de urgenţă (şi în alte cazuri) distincţia se şterge; dar ea este capitală (după Vincent) în cazul bolnavilor funcţionali (şi, desigur, pentru psihoterapie).

Câteva probleme psihologice ale educației sanitare

De *importanța educației sanitare*, recunoscută de marii teoreticieni și practicieni ai medicinii, nu sunt convinși întotdeauna nici pacienții, nici medicii și, mai ales, nu sunt convinși totdeauna cei sănătoși. Firește, educația sanitară a stat mai întâi în centrul atenției promotorilor medicinii *preventive* ("profilaxia începe și se termină cu educația sanitară", scria N. A. Semașko în 1927). Educația sanitară este însă și la *baza colaborării dintre terapeut și bolnav*.

I. Hațieganu vorbea (1956) despre "terapia psihocerebrală activă", înțelegând prin aceasta "continuitate și perseverență în a explica pe înțelesul bolnavului și după nevoile lui tulburările și mecanismul lor și terapia inițială" pentru ca astfel să devină "un auxiliar prețios, ajutându-ne pe noi în îngrijirea lui printr-o colaborare disciplinată și sistematică". Se poate spune că, în general, "cooperarea populației cu autoritatea sanitară" este o *condiție primordială a eficacității oricărei acțiuni medicale* (L. Viborel, 1956). În sfârșit, educația "sanitară" are un scop educativ general și trebuie să ne însușim teza lui J. Burton, după care *"cine spune medic, spune educator"*. Cunoștințele "antropologice" (despre om) vehiculate cu această ocazie sunt o parte însemnată a câștigului informativ și formativ realizat prin educația sanitară.

Obiectivul principal al educației sanitare constă în dezvoltarea în rândul populației – începând cu vârsta copilăriei – a unei "conștiințe igienice" și a unui comportament corespunzător.

Trăsăturile specifice fundamentale ale unei activități educativ-sanitare eficace sunt în număr de trei: a) caracterul de masă; b) orientarea științifică; c) caracterul optimist și mobilizator.

Orientarea științifică înseamnă, între altele, să pornești de la cunoașterea realității de teren: starea sanitară a populației, ca și mentalitatea acesteia. S-a vorbit, de aceea, de un "diagnostic" al stadiului de cunoștințe și de ignoranță (P. Delore, 1960), de o *diagnoză educațională*, de un "diagnostic educativ-sanitar al grupelor de populație" (P. Penciu, 1964), care să preceadă *tratamentul*, un tratament realizat prin măsuri educative și campanii propagandistice adecvate.

De asemenea, se cere analiza *cauzelor* unui comportament greșit, a reacțiilor stereotipe sau a *rezistențelor* față de indicațiile și recomandărilor medico-sanitare. Acestea din urmă ridică probleme complexe și subtile de etnografie, de psihologie socială, psihosociologie și chiar de psihologie abisală. În cadrul cercetărilor de teren, un mare interes îl are cunoașterea *imaginii mentale*, răspândită în populație despre o boală sau despre alta – cu tot ce conține ea ca prejudecată sau ca superstiție (C. Fréour, 1959).

În fond, "lupta" principală a educatorilor sanitari se duce cu superstițiile, cu unele prejudecăți, cu inerția.

Superstițiile reprezintă o problemă complexă. Originea și persistența lor se găsește în observația necontrolată, în amestecul nedorit al afectivității, în concepțiile magice și mistice etc.

Superstițiile reprezintă, în parte, și reminiscențele unor *preștiințe* - fiind alimentate de speculațiile *paraștiințifice:* fiecare știință își are "complementul" ei superstițios (astronomie-astrologie, chimie-alchimie, psihologie-spiritism, matematică-numerologie). Superstițiile au rădăcini *istorice-culturale*, rădăcini *parapsihologice*, rădăcini *psihiatrice* (legate de boli mentale de tip schizofren sau paranoid) și rădăcini *patologice* banale (boala produce o regresiune spre o mentalitate "magică").

Prejudecățile sunt de nenumărate feluri: ele pot ține de semidoctism, de gândirea "autistă" (analizată de Bleuler), de "logica afectivă" (analizată de Ribot), de cultura livrescă, de influența unui nume cu autoritate, de mentalitatea *dominantă* a unei epoci, de dogmatism etc.

În epoca noastră, cu succese indiscutabile ale medicinii științifice, s-au constituit prejudecăți *sui-generis:* cea a omnipotenței unor mijloace terapeutice (ex. antibiotice) - la pacienți, cea a futilității aspectului psihoterapeutic - la unii medici etc. Asupra acestor aspecte nu vom insista.

Printre prejudecăți trebuie să menționăm *imaginile mentale* despre anumite boli, răspândite în populații.

Ca un corolar (sau o latură) a muncii educativ-sanitare, medicul trebuie să lupte *pentru* o imagine științifică asupra bolilor, *împotriva*

activităţii necontrolate de tip *Kurpfuscher, pentru* a câştiga simpatie în favoarea medicinii oficiale, a instituţiilor care o întruchipează şi o reprezintă, a medicilor, a măsurilor preconizate. Aici se încadrează şi activitatea de Cruce Roşie, propaganda pentru recoltarea sângelui etc. De mare însemnătate (de însemnătate *centrală)* este lupta *pentru* o viaţă igienică, *pentru* solicitarea precoce a asistenţei medicale în caz de îmbolnăvire, *împotriva* autotratamentelor, a medicaţiei empirice, dar şi a "farmacomaniei". Este o luptă *împotriva* ideilor greşite, a *spectrului* ameninţător al unor boli (ex. cancerofobia) şi *pentru* lămurirea posibilităţilor actuale ale medicinii. Subliniem încă o dată necesitatea educării unei atitudini corespunzătoare faţă de medic, atitudine care nu trebuie să se rezume la respectul "abstract" al persoanei, ci trebuie să se concretizeze în respectul faţă de energia, timpul, repausul său etc.

Inerţia este mai greu de învins. S-a remarcat la public, în multe anchete efectuate, fie o lipsă de interes faţă de problemele educaţiei sanitare (nepăsare etc.), fie un "interes pasiv", adică lipsa dorinţei de acţiune (există dorinţa *de a şti,* dar nu şi cea de *a folosi* cunoştinţele) (J. Broyelle şi J. Chasteland, 1963; V. Pavlid şi Steliana Manţu, 1963). De aici, nevoia de a utiliza tot arsenalul de mijloace captative de atenţie *(blickfang*-ul în afişe, afişele satirice, de agitaţie, de propagandă; mijloacele audiovizuale etc.), de mijloace *stimulative.* O dată *interesul* deşteptat pentru o anumită problemă, trebuie realizată *convingerea* referitoare la importanţa ei şi *acţiunea* în vederea traducerii în practică a recomandărilor date (J. Burton, 1956).

S-a remarcat pe bună dreptate (J. Hall, 1963) că "bolile interesează populaţia mai mult decât sănătatea, deoarece în timp ce sănătatea nu se simte, simptomele bolii supără". Adevărul este că "boala măreşte dimensiunile fiinţei în proprii săi ochi" (Ch. Lamb, 1905) şi astfel bolnavul devine dintr-odată extrem de sensibil la tot ceea ce are legătură cu medicina. *Lumea perceptuală* a sănătăţii şi a bolii nu este aceeaşi. Însă nu este aceeaşi nici lumea perceptuală a medicului şi a bolnavului, a medicului (educator sanitar) şi a celor pe care vrea să-i educe. Cercetări *ad hoc* de psihologie socială, care au analizat cauzele eşecurilor unor campanii de informare (H. Hyman şi P.B. Sheatsley, 1947) au arătat că: 1) în orice populaţie există un nucleu ireductibil de cei ce "nu-ştiu", ironici, impermeabili la acţiunile de lămurire; 2) interesul sau lipsa de interes au tendinţa de a fi generalizate la diferite sectoare (de ex. cel care se interesează de politică se interesează şi de sport; 3) indivizii caută informaţiile care se acordă cu atitudinile lor prealabile; 4) indivizii interpretează *diferit* aceeaşi informaţie; 5) faptul de *a fi informat* nu modifică în mod necesar atitudinile.

Allport a introdus conceptul de *procepţie*, care să cuprindă "percepţia" influenţată de cultură, de relaţiile din trecut, de obiceiuri, de direcţionarea afectivă etc. Putem spune deci că *procepţia* bolnavului în raport cu boala este diferită de cea a omului sănătos şi de cea a medicului. Witkin a conturat două tipuri proceptive: *dependent* şi *independent* faţă de "câmpul" de influenţe la care este supus. Goldstein deosebea stilul *concret* şi stilul *abstract* al operaţiilor cognitive. E. Frenkel-Brunswick a descris tipul cu intoleranţa la *ambiguitate.* Barron a opus, în acest sector, *simplicitatea* şi *complexitatea.* Educatorul sanitar este, în general, independent faţă de câmp, intelectualizat (şi intelectualizant) şi abstract; dar lumea în suferinţă nu vrea atât instrucţii raţionale, cât aprobare, asigurare, speranţă - publicul este *field-dependent.*

Este interesant că şi "durerea" (ca *procepţie)* are variaţii culturale, deşi pragul de sensibilitate (ca *percepere,* fiziologic) poate fi acelaşi. Plângerile cu care se prezintă bolnavul la medic au o coloratură etnică: pentru italieni, suferinţa este o mizerie fizică ce trebuie suprimată şi uitată; evreul se gândeşte la repercusiunile de viitor; americanii "nu se plâng", caută mijlocul de a suprima suferinţa pe cale ştiinţifică, iar *expectaţia* de viitor este în general optimistă (M. Zborowski, 1952). Susser şi Watson menţionează că şi reacţiile *fiziologice* la durere par a fi legate de sistemul de credinţe şi de valori. Africanul nu reacţionează prin *şoc* la răniri mutilante, deşi sensibilitatea sa "nervoasă" la durere este excepţională. Femeia africană reacţionează *excesiv* la durerea dată de o anexită gonococică, deoarece se teme de sterilitate. Unele *procepte* au o ancorare de clasă (O. G. Simmons, 1957): "la clasa mijlocie există un foarte accentuat

simţ al responsabilităţii faţă de propria sănătate; la cei care trăiesc de azi pe mâine, accentul se pune pe preventiv; ceea ce se înţelege prin curăţenie, ca şi *semnificaţia* ei - are certe influenţe de clasă". Unele *rigidităţi proceptive* de origine local-culturală pot fi foarte nocive pentru sănătate: la zuluşi, există (sau exista) credinţa că bolnavul contagios este un vrăjitor; în unele regiuni din India, o vacă bolnavă poate genera compasiune - în timp ce un om bolnav poate fi privit cu antipatie, suspicionându-se că ar putea aduce ghinion (B. D. Paul). *Procepţia socială* se repercutează şi asupra modului în care este privită atitudinea medicului: în India rurală, medicul ce pronunţă un prognostic ferm este considerat o "figură puternică"; în Chile - pur şi simplu "un arogant".

*

Oricum, educatorul sanitar trebuie să înveţe să privească şi la "ochelarii săi" (şi nu numai *prin* aceştia) (Allport).

O problemă esenţială a educaţiei sanitare este *continua educare a educatorilor*.

Educaţia educatorilor sanitari este, printre altele, o "educaţie sentimentală", ca şi o educare a simţului practic, a abilităţii, tacticii şi diplomaţiei în relaţiile dintre oameni.

Mai ales în mediul rural şi în mediul exotic (printre "primitivi"), medicul trebuie să dea dovadă de un larg spirit de înţelegere şi să accepte momentan chiar compromisurile cu unele credinţe sau obiceiuri locale, eventual să se folosească de acestea prin "stratageme" bine gândite. Foarte instructivă ni se pare lectura amintirilor lui Victor Heiser, - membru al Fundaţiei Rockefeller - care, în cursul misiunilor sale epidemiologice şi filantropice în 60 de ţări, a înconjurat de 16 ori globul pământesc. Dăm câteva exemple: pentru a convinge membrii unui trib că vaccinul nu este aducător de lepră, s-au inoculat în public primarul, şeful poliţiei şi Heiser însuşi; unui lucrător recalcitrant care-l ameninţa, îi declară că tocmai a avut *satisfacţia* de a asista la înmormântarea cuiva care a refuzat să se vaccineze şi că asemenea cazuri îi dau ocazia să facă în ziare propagandă pentru vaccinare; un alt autor

a notat că într-o regiune din India, unde vaca este un animal sfânt ce nu poate fi muls, *tabu*-ul a putut fi ocolit prin introducerea lapte-lui-praf; V. Heiser a căutat să răspândească ideea după care numeroase îmbolnăviri sunt *imputabile* bolnavului.

Educaţia sanitară ratată poate fi izvor de *iatrogenie*, de anxietate, de ipohondrie, de autosugestie negativă. Iosif Macavei a observat chisturi mamare generate prin autoexaminarea abuzivă a sânilor, cu malaxare "intempestivă".

Alături de mijloacele de educare în masă sau în grup, educaţia sanitară trebuie să acorde locul cuvenit *sfatului individualizat* (Penciu).

*

Educaţia sanitară în spital are particularităţile sale, vizând între altele: a) colaborarea (cooperarea) strânsă a bolnavului la terapeutică (Haţieganu); b) asigurarea unei atmosfere morale care să evite dezorientarea afectivă şi sentimentul de însingurare a celui internat (S.E. Tillok, 1961); c) respectarea liniştii bolnavului şi cruţarea sa de *stress* - din partea familiei şi a vizitatorilor; d) asigurarea liniştii, ordinei, curăţeniei în unitatea spitalicească; e) profitând de internare - administrarea unor lecţii de educaţie sanitară generală. Obiective şi un conţinut analog (dar nu identic) îl are educaţia sanitară în policlinici. Subliniem că fiecare consultaţie dată de medic poate fi o ocazie de *educaţie sanitară*, de lămurire a unor neclarităţi, de combatere a unor superstiţii şi a unor prejudecăţi sau a unor mentalităţi *en vogue*, cum este aceea a administrării *cu orice preţ* a medicamentelor sau a complacerii în "polifarmacie". Dar, - din nefericire -, adeseori medicul, prin atitudinea sa, *întreţine* o mentalitate defectuoasă sau dă un rău exemplu (tabagism, neglijarea propriei sănătăţi, viaţă dezordonată etc.).

În mod diferenţiat se aplică educaţia sanitară în întreprinderi industriale, în mediul rural şi *în şcoli*. Cu privire la acest ultim aspect vom menţiona că educaţia sanitară trebuie să includă (şi după părerea

noastră) noţiuni de igienă a muncii intelectuale ca şi deprinderea unei bune îmbinări a muncii cu repausul. Oricum, şcolii îi incumbă sarcina de a dezvolta obişnuinţele privind igiena individuală. Cât despre *educaţia sexuală*, ea ridică probleme care se intersectează doar cu sfera educaţiei "sanitare".

*

Educaţia sanitară trebuie să folosească în proporţii adecvate declararea şi sublinierea adevărului şi "tăcerea"; convingerea, ca şi sugestia; înţelegerea raţională, ca şi refluxul condiţionat ori adeziunea afectivă; repulsia şi teama, ca şi sensibilizarea la avantaje şi la valori.

Imaginile izbitoare, ca şi "ideile-forţă", raţionamentele mai complicate, ca şi lozincile - se cer îmbinate în mod judicios pentru a se obţine rezultatele pozitive scontate.

Terapia psihologică

Introducere

Tratamentul psihologic reprezintă o parte importantă a activităţii oricărui practician al medicinii (nu numai a psihiatrului). El a fost definit ca "ansamblul mijloacelor prin care acţionăm asupra spiritului bolnav sau a corpului bolnav prin intervenţia spiritului" (Camus şi Pagniez). Teoretic, psihoterapia nu ar acţiona decât prin semnificaţia psihologică a mijloacelor întrebuinţate, în timp ce terapeuticile somatice ar acţiona prin proprietăţile lor fizice. În realitate, nu există o limită netă între mijloacele care aparţin celor două categorii pentru că în terapeutica psihologică intră, în afara unui anumit număr de tehnici *ad hoc* trecute în revistă (incomplet) în prezentul capitol, şi toate atitudinile bolnavului faţă de medic, faţă de boală şi faţă de el însuşi. Reamintim că, după Balint, medicul este el însuşi un remediu (iar medicul bun este uneori cel mai bun medicament). Intră şi atitudinile altor persoane, ca şi atitudinea bolnavului faţă de corpul, viaţa şi boala sa.

Medicul acţionează, în primul rând, risipind anxietatea bolnavului şi insuflându-i convingerea (sau măcar speranţa) că se va vindeca. Acest "reconfort" este *terapia de susţinere* (psihoterapia suportivă). Premisa ei este o atmosferă de *înţelegere;* pentru realizarea ei este necesară (şi uneori suficientă) intuiţia şi simpatia. Posibilitatea de codificare a acestei psihoterapii a fost considerată, de către unii, imposibilă; totuşi, este preţioasă indicarea celor mai frecvente *greşeli* care se fac în acest prim contact cu bolnavul. Ambiţia psihoterapiei de a deveni o *metodă ştiinţifică* implică stabilirea unor reguli precise de indicaţii şi de posologie.

După Balint, scopul psihoterapiei în practica generală este de a "elibera oamenii, în măsura posibilului, de suferinţele *inutile* ale existenţei umane".

Psihoterapia se poate împărţi în psihoterapie "directă" (din care fac parte terapia de persuasiune, hipnoza, sugestia etc.) şi în psihoterapie "indirectă". În această ultimă eventualitate, se intervine asupra pacientului prin semnificaţia psihologică a diverşilor factori întrebuinţaţi (terapeutica prin joc, terapia prin artă, ergoterapia etc.). După Delay şi Pichot, s-ar putea sistematiza terapeuticile psihologice în trei mari categorii, după mecanismele fundamentale puse (aparent) în joc:

a) *Terapeutica dialectică,* în care intră metodele psihoterapice în cursul cărora personalitatea bolnavului (şi în special imaginea pe care o are despre el însuşi) se modifică. Această modificare permite bolnavului să reintegreze în conştiinţa sa conţinuturi până atunci inconştiente. Aici ar intra psihanaliza, analiza existenţială, psihoterapia non-directivă a lui Rogers, psihoterapia de tip Balint.

b) *Terapeutica bazată pe sugestie,* unde distingem terapeutica de persuasiune a lui Dubois, hipnoza, sugestia, visul treaz al lui Descille, relaxarea progresivă a lui Jacobson, "*training*-ul autogen" al lui Schultz, metoda Vittoz etc.

c) *Terapeutici catartice* - care se bazează pe valoarea terapeutică pe care o posedă mărturisirea şi reviviscenţa amintirilor cu puternică încărcătură afectivă, reprimate în stare normală. Întrebuinţată iniţial de Breuer şi Feud cu ajutorul hipnozei, această terapeutică a fost ulterior practicată utilizând efectul favorizant al drogurilor psihotrope (narco-analiză, *weck*-analiză, oniro-analiză). De fapt, în aceste diferite metode mecanismele psihice care intervin sunt variate după cazuri, catarsisul nereprezentând decât una din modalităţile posibile. *Terapeutica prin joc* la copii are şi ea un efect de eliberare, permiţând o ameliorare a comportamentului. *Terapia prin artă* (eliberare, recreare şi purificare mentală) intră parţial în aceeaşi categorie.

La acestea mai adăugăm *psihoterapiile de grup,* care folosesc acţiunea binefăcătoare, rezolutivă şi reeducativă a comunicărilor în interiorul unui mediu organizat într-un scop terapeutic.

*

Cu titlu informativ, amintim clasificarea de interes istoric a lui Hughes (1909) care deosebea: a) psihoterapia generală (care participă la orice act medical); b) dietetica sufletului (obiectivă); c) retorica medicală (subiectivă) şi d) hipnoza (comparată cu o *intervenţie chirurgicală* asupra sufletului).

Din punctul de vedere (de actualitate) al triadei "substanţă-energie-informaţie", psihoterapia este o *terapie informaţională* (V. Enătescu, 1982), mai precis - o terapie prin comunicare interumană. Psihismul poate fi influenţat pe *calea substanţială* (la nivel ionic - prin litiu, bromuri, calciu; la nivel molecular - prin hormoni, vitamine, vasodilatatoare şi psihotrope; la nivelul reţelelor neuronale - prin neurochirurgie şi psihochinezie). Pe *cale energetică* acţionează climatoterapia, fizioterapia, electroşocul.

Terapiile *informaţionale* subsumează cele bazate pe comunicare directă sau prin mecanismele informaţionale de ajustare, învăţare şi autocontrol (dialogul, efortul placebo, psihoterapii speciale, terapii prin *biofeed-back,* socioterapii, inclusiv ergoterapia).

Psihoterapii simple

Există o serie de psihoterapii simple, care n-au doar un interes istoric.

Faptul că acestea nu sunt sistematizate şi nu sunt expresia unor teorii nu înseamnă că nu sunt şi ele "medicaţii psihologice" şi că pot fi neglijate.

a) *Terapia prin repaus.*

b) *Terapia prin izolare.* După Vauvenargues "solitudinea este pentru spirit, ceea ce este dieta pentru corp". Ph. Pinel a folosit izolarea bolnavilor de cei care manifestau o "afecţiune imprudentă", pentru a le schimba "atmosfera morală". Charcot vorbea de ruperea "cercului magic"; preconiza izolarea istericului de mediul care-i întreţine dorinţa de "a juca teatru". Astăzi vorbim de "deconectare".

c) *Terapia prin activitate.* Inactivitatea este dăunătoare pentru grupe largi de nevropaţi. Dar şi pentru omul sănătos cea mai bună odihnă este o *altă formă* de activitate (G. Enescu). Eficacitatea maximă o are preocuparea care implică pasiune (Brémond): ceea ce numim azi un *hobby.*

d) *Mişcarea fizică în cadrul psihoterapiei.* Exerciţiile musculare sunt un bun derivativ al tensiunilor psihice - după cum arată cercetări de psihologie, de psihosomatică şi de fiziologie a activităţii nervoase superioare.

Dar exerciţiile musculare trebuie privite nu numai ca un debuşeu de energie psihonervoasă, ci şi ca un izvor de senzaţii pornite de la interceptori şi proprioceptori. Acţionând totodată ca o solicitare sistematică a aparatelor circulator şi respirator, gimnastica face un antrenament al funcţiilor de reglare vegetativă - ceea ce se repercutează asupra homeostaziei, asupra stăpânirii de sine şi asupra pragului durerii. Gimnastica şi sportul implică sentimentul efortului susţinut şi pe cel al învingerii dificultăţilor; sportul mobilizează energiile sub semnul competiţiei şi, ca atare, favorizează integrarea şi unificarea eului.

Gimnastica şi sportul sunt în fruntea măsurilor recomandate de aşa-numita *medicină formativă* (Al. Partheniu).

Cercetări *ad hoc* au arătat însă marea diferenţă între efectul fizic practicat ca exerciţiu şi cel în care există o componentă emoţională puternică; aceasta intervine nu numai în competiţiile sportive, ci şi în efortul fizic legat de tensiuni amicale (sau erotice). În ultimul, reacţiile sunt de *stress,* cu o descărcare puternică de catecolamine, cu o creştere a acizilor graşi liberi impietând (mai ales *după* încetarea efortului) asupra vaselor şi cordului. Aceste manifestări potenţial nocive, pot fi evitate prin acţiunea blocanţilor receptorilor beta-adrenergici (propanolol) etc. - dar mai ales prin antrenament progresiv.

Mersul pe jos în diferitele sale ipostaze este recomandabil aproape fără contraindicaţii şi are semnificaţii psihologice foarte variate (s-ar putea scrie o adevărată "filosofie a plimbării", A. Pană).

a) *Veselie, bucurie, râs, umor.* Amintim că printre marii umorişti s-au întâlnit medici: de la Rabelais la Cehov în literatura internaţională, de la Dr. Urechia (Iodoform) la Aurel Baranga la noi. Totuşi, medicina nu ia în considerare în suficientă măsură virtuţile terapeutice ale bucuriei, veseliei şi umorului (deşi Ch. Richet preconiza, undeva, un tratament prin râs). Acel *ridendo castigat mores* nu se extinde suficient la vindecare şi la întărirea sănătăţii. Pentru fiziolog, râsul – ca şi tusea şi plânsul – nu este *decât* o întrerupere violentă a ritmului normal al mişcărilor respiratorii şi ar avea efecte mai ales prin descongestionarea vaselor cerebrale (Buzoianu şi Cotul, 1936). Pentru psiholog însă râsul este o "formă audibilă a surâsului" şi este (James) o cale de a evada din seriozitate. Râdem când există o "bruscă creştere a vivacităţii în tonalitatea plăcerii" (Bergson).

Aristotel recomanda râsul ca pe un mijloc de întărire a plămânului, pentru a favoriza sănătatea generală a organismului, deci ca exerciţiu *fizic.* Râsul lucrează însă prin componenta psihică "mărind energia vitală prin stimulare mentală" (Buzoianu şi Cotul). Acel *"ris et tu engraisseras"* cuprinde probabil ambele componente. Lessing a întrevăzut rolul râsului în profilaxia morală. Oricum, din toate timpurile, *comedia* a jucat un rol constructiv în igiena mentală.

Dacă speranţa este unul dintre mecanismele psihicului sănătos prin care omul încearcă să învingă un prezent nefavorabil, altul este *umorul.* Umorul este semnul unei libertăţi spirituale, o chezăşie a depăşirii situaţiilor critice o promisiune a capacităţii omului de a se situa "deasupra vremilor" (nu este vorba, numai, de a face "haz de necaz"). Dramaturgul R. C. Carton scria: "mi s-a părut întotdeauna că umorul este pentru existenţă ceea ce este oxigenul pentru aerul pe care-l respirăm. ...Dacă umorul nu poate să ne elibereze complet de germenii nesănătoşi ai durerii şi ai mizeriei, rămâne cel mai bun dezinfectant pe care ştiinţa *nu* l-a descoperit". Mai multe cercetări independente efectuate asupra bătrânilor (dintre care amintim pe cele ale lui Jalavisto) au constatat că umorul este un însemnat factor al longevităţii. Şcoala lui Frankl, în cadrul "nooterapiei", utilizează *cultivarea umorului.*

Pentru că în spitale şi policlinici se cere să fie cultivat un *fond* spiritual, o ambianţă care să *redeştepte optimismul* lezat de starea morbidă, s-a vorbit (dar insuficient) despre rolul *zâmbetului* în

interacţiune medic-pacient. Buna dispoziţie este nu numai reflexul unei sănătăţi satisfăcătoare; este şi o cale de a redobândi o sănătate fizică pierdută sau, cel puţin, o cale de a menţine sufletul sănătos, în pofida unor mizerii fizice, adesea trecătoare. *Amândouă* aceste aspecte sunt de o mare însemnătate medicală.

Psihoterapii dialectice

Psihanaliza

După unii autori, aportul esenţial al psihanalizei în domeniul de care ne ocupăm a fost, pe de o parte acela de a stabili o teorie a relaţiilor bolnav-psihoterapeut, pe de altă parte (şi plecând de la o experienţă detaliată a acestor relaţii particulare) de a pune în evidenţă aspectul determinant al anumitor "relaţii" umane, în raport cu relaţiile umane în general. Să adăugăm că printre aceste relaţii, nu trebuie neglijate acelea ale fiinţei cu sine-însuşi (cu propria persoană) sau a anumitor "părţi" ale fiinţei cu altele.

Terapeutica psihanalitică consistă în a dezvălui mecanismele de apărare nevrotică ale eului, de a-l ajuta să "accepte" pulsiunile inconştiente (din *id* = sine), să le integreze, să susţină *ego*-ul pentru a se armoniza cu super-*ego*-ul (supraeul), să modifice *supraeul* pentru a-l face mai puţin rigid. Descoperirea majoră a lui Freud a fost identificarea mijloacelor de a susţine propria evoluţie afectivă, întreruptă, a pacientului, subiectul fiind invitat să-şi reia propria sa istorie de acolo de unde s-a fixat sau s-a oprit.

Metoda a fost comparată cu maieutica socratică; tehnicile urmăresc să aducă la lumină dinamica psihologică inconştientă, să favorizeze înţelegerea de către subiect a "rezistenţelor specifice" cu care el se consumă într-o luptă cu sine-însuşi, generatoare de nevroze.

Indicaţiile majore ale psihanalizei sunt unele forme de nevroze.

Iniţial, cura a vizat reintegrarea amintirii traumatice în câmpul conştiinţei *(abreacţie)*. Ulterior, Freud a introdus regula non-omisiunii: pacientul trebuie să spună tot ceea ce îi vine în minte, fără nici o excepţie; alături de analiza viselor, libera asociere a "ideilor" este o cale de a avea acces la inconştient. Psihanalistul devine o "oglindă" pentru pacient, care astfel *"ia cunoştinţă"* de sine, retrăieşte situaţiile infantile generatoare de nevroză şi ajunge să se reintegreze. Dar esenţa psihanalizei pare să se găsească în *transfer* (transfert, transferanţă); psihanalistul este privit de pacient cu ochii cu care - în copilărie - îşi privea părinţii; analizatul retrăieşte conflicte afective infantile şi le lichidează.

Tehnica psihanalitică este complexă; tratamentul este foarte îndelungat (luni sau ani). Rezultatul curei este prezentat de către promotorii ei ca o restructurare a personalităţii, cu o mai bună adaptare la realitate şi cu o mai bună toleranţă a vicisitudinilor vieţii. În multe cazuri, psihanaliza dă greş sau provoacă agravări.

Din nevoia de a răspunde problemelor de urgenţe, s-au ivit *psihoterapiile analitice* adică procedee terapeutice mai simple şi mai directe, având în comun cu *terapia psihanalitică* folosirea reacţiei de transfer în spiritul psihanalizei.

*

În afara psihanalizei clasice a lui Freud (şi a modificărilor descrise), metoda psihanalitică a cunoscut o serie de variante dintre care mai renumite sunt cele ale "disidenţilor" Adler şi Jung.

Spre deosebire de Freud, *Adler* nu acceptă etiologia mai ales sexuală a nevrozelor (mai precis, importanţa refulării şi a traumelor infantile). Punctul lor de plecare ar fi, frecvent, un sentiment de inferioritate ("complexul de inferioritate") rezultat poate dintr-o infirmitate organică şi compensat printr-o tendinţă de *afirmare* ostentativă sau prin agresivitate. Terapeutica adleriană pleacă şi ea de la analiza amintirilor, a asociaţiilor de "idei" şi a viselor. Analiza lor serveşte medicului să demonstreze caracterul imaginar al decepţiilor sale pentru a-i propune soluţii de mai bună adaptare. Studiul caracterologic, al *stilului de viaţă* (noţiune capitală!) este utilizat pentru înţelegerea bolnavului şi pentru direcţionare.

Tezele lui Adler sunt importante pentru psihoterapeut, deoarece ele arată că dinamismului eului i se pot datora compensări şi chiar supracompensări uluitoare. Reamintim că, în tinereţe, A. Adler, oftalmolog, a fost izbit de faptul că performanţele vizuale se datorau nu rareori celor cu defecte *anatomice* ale aparatului vizual. Tezele lui Adler sunt, în fond, foarte optimiste, arătând că acel *bon usage de la maladie* face parte din mecanismele fundamentale ale personalităţii.

Psihoterapia lui C. G. Jung a avut cândva un mare succes în Elveţia şi în ţările anglo-saxone. În concepţia sa despre inconştient, el introduce (alături de sectorul inconştientului personal) sectorul "inconştientului colectiv", iar pentru a înţelege semnificaţia simbolurilor, recurge la izvoarele cele mai variate din istoria culturii. Pentru C. G. Jung, *libido* este un fel de "energie vitală", iar evoluţia interioară decurge printr-o depăşire dialectică, "iraţională" însă, a contradicţiilor. Metoda sa combină diverse metode de contact şi acţiune. El distinge un plan catartic, un plan de transfer, un plan de educaţie şi un plan de metamorfoză a personalităţii.

Jung tinde să minimalizeze importanţa transfertului, "artefact al tratamentului", ceea ce deosebeşte radical metoda sa de aceea a psihanalizei propriu-zise. Grija educativă şi aceea a transformării idealurilor par să predomine asupra preocupărilor propriu-zis psihologice (şi de psihologie mai ales abisală, pulsională), în care se cantonează metoda lui Freud.

Este cunoscut interesul central al lui Jung pentru expresiile vieţii inconştiente colective *(arhetipuri)*. Pentru noi este important să reţinem că *medicul* corespunde el însuşi unei imagini arhetipice, de vindecător (sau chiar de *mântuitor)*.

Psihoterapia non-directivă a lui Carl R. Rogers

Psihoterapia non-directivă este "centrată pe client" ("client-centered"). Funcţia esenţială a terapeutului ar fi aceea de a *asculta*. Atitudinea non-directivă nu este însă o atitudine pasivă, de nepăsare. Psihoterapeutul are a-şi asuma, în măsura posibilului, punctul de vedere intim al pacientului: a percepe lumea aşa cum o percepe pacientul, a-l percepe pe pacient aşa cum se vede pacientul însuşi (sau cum ar dori să fie) şi a comunica pacientului ceva din această înţelegere simpatetică. Scopul metodei este de a obţine întărirea eului şi apropierea sa de idealul personal prefigurat.

Analiza existenţială (Daseinsanalyse) şi psihoterapia

Analiza pleacă de la o serie de considerente din filosofia lui Heidegger. Aplicarea acestei metode a fost făcută de L. Binswanger, von Gebsattel, Kuhn, E. Minkowski, H. Ey.

Analiza existenţială pune în evidenţă, la anumiţi subiecţi, coexistenţa a două "lumi" diferite (sau a două "existenţe": autentică şi inautentică) şi tocmai conflictul, tensiunea dintre aceste două "lumi" furnizează cheia care permite înţelegerea stărilor de conştiinţă ale subiectului. Subliniem că perspectiva existenţialistă este *antropologică* şi *axiologică* (omul este văzut ca *homo* spiritualis, creator de valori şi cu aspiraţie către valori - în opoziţie cu perspectiva psihanalizei care vede în om mai ales un *homo reagens* şi un *homo naturalis)*.

Se insistă asupra importanţei de a distinge "biografia interioară", adică felul în care se construieşte viaţa proprie, subiectivă a subiectului, de biografia banală, rezultând din desfăşurarea mai mult sau mai puţin întâmplătoare a evenimentelor.

Logoterapia

Această psihoterapie elaborată de V. Frankl porneşte de la o anumită concepţie despre structura persoanei. *Logos* înseamnă totodată *sens* şi *spiritualitate;* dar "spirit", în înţelesul particular dat acestui cuvânt, nu este nici *ratio (Verstand)*, nici *intellectus (Vernunft)*. "Spirit" înseamnă, de exemplu, capacitatea de a te distanţa şi de a lua atitudine faţă de planul psihofizic-organismic. Dacă se poate vorbi de un paralelism (sau de unitate) *psihofizică*, se poate vorbi de un

antagonism *psihonoetic*. Cu alte cuvinte, suntem bolnavi cu corpul şi cu sufletul, dar *cu toate acestea* putem fi liberi să luăm o atitudine faţă de organismul nostru bolnav. "Spiritualitatea" (văzută în acest sens), libertatea şi responsabilitatea sunt *existenţialele* care caracterizează omul. Boala este o *afecţiune* pentru organismul psihofizic, dar este *suferinţă* pentru persoană *(homo patiens)* Boala are un *sens* pentru persoană şi poate fi *valoare*. Ceea ce este spiritual-personal în om alcătuieşte, prin opoziţie faţă de *psihologia abisală*, o *psihologie a înălţimilor*.

O noţiune centrală este *decizia*. Orice decizie este însă decizie referitoare la *eu* şi, de aceea, autostructurare. Decizia de azi este (devine) pulsiunea de mâine.

La baza multor nevroze, găsim fuga de răspundere şi ruşinea de a fi neliber. Sentimentul dominant este lipsa de sens; putem vorbi deci de o *frustraţie existenţială*, de un "vaccum existenţial" - deseori diagnosticat, după faţadă, ca o frustraţie sexuală. Psihoterapia trebuie să cultive şi să susţină *voinţa pentru sens* (aceasta în ciuda concurenţei pe care i-o face voinţa de putere sau de bună-stare materială). Insistenţa asupra acestor aspecte i se pare lui Frankl necesară deoarece *somatologismul* şi *psihologismul* ştiinţei contemporane au acoperit specificul vieţii spirituale, iar *patologismul* a dus la o depreciere categorică a tot ce este suferinţă. Dar nu putem înţelege omul fără a admite, de exemplu, că pot exista adevăruri spuse de bolnavi mentali şi suferinţă în stare de perfectă sănătate. Întâlnim aici acelaşi *cu toate că*, ignorat în schematismele simpliste.

Logoterapia este şi grija *medicală* pentru "suflet", exercitată de un *medicus humanus*. Prin aceasta urmărim restabilirea capacităţii de muncă creatoare, de receptare a bucuriilor vieţii, dar şi de suferinţă - întrucât şi aceasta are o "valoare de trăire" *(felix dolor)*. Frankl *(Homo patiens*, 1950) a făcut tentativa elaborării unei teorii ("patodicee metaclinică") care să răspundă la întrebarea: *pentru ce* suferim? Suferinţa are, după Frankl, demnitatea etică (sensul jertfei!) şi "relevanţa metafizică": suferinţa îl face pe om clarvăzător şi sensibil. Poziţia aceasta este diametral opusă aceleia care vede în viaţă o sursă de satisfacţie, care duce la teza "nefericirii de a fi nefericit" (Joelson).

Frankl crede că rangul axiologic al lui *homo patiens* este mai înalt decât cel al lui *homo faber*. Intenţia psihoterapiei este *vindecarea*, dar *efectul* ei poate să se apropie de o adevărată "mântuire". Medicul care reuşeşte să-l facă pe bolnav să găsească un *sens* suferinţei sale, a obţinut un succes psihoterapeutic major.

Logoterapia este, apoi, terapie specifică pentru nevrozele *noogene*. Prin acest termen Frankl înţelege nevrozele care rezultă dintr-un conflict de conştiinţă sau dintr-o problemă axiologică (de valori). Statisticile arată că 10-25% din nevroze sunt *noogene*. Logoterapia încearcă să *lărgească câmpul de valori al pacientului*, să-i descopere un *sens* al existenţei sale personale, să-i deştepte simţul responsabilităţii în raport cu realizarea (concretizarea) potenţialităţilor intrinseci.

Logoterapia este în sfârşit şi o *terapie nespecifică*. Prin luare de atitudine faţă de simptom, prin recâştigarea libertăţii de a manevra în sectorul psihic, *persoana* poate întrerupe cercuri vicioase, poate evita *întărirea* şi *fixarea* simptomelor. Eficacitatea este reală în nevroze anxioase şi fobice. Pacientul va fi îndrumat să vină *înaintea* simptomului de care se teme, să-l anticipeze sau să-l dorească *(intenţia paradoxă)*. *Umorul* este una dintre căile prin care bolnavul se poate distanţa de simptom şi îl poate domina. Pentru Frankl - şi umorul ar trebui numit un *existenţial* uman, nu numai angoasa (Heidegger) sau dragostea (Binswanger). "Intenţie paradoxă" înseamnă, de pildă, să nu lupţi ca să alungi o ideea parazită, ci să o chemi deliberat şi *ironic* în conştiinţă - până la suprasaturaţie, până la plictiseală.

Alături stă *dereflexiunea*. Nevroticul caută să compenseze o insuficienţă cognitivă de esenţă printr-o pedanterie, scrupulozitate şi o hiperreflexiune de suprafaţă (asociată deseori cu o "hiperacuzie a conştiinţei"). Nevroticul îşi doreşte o cunoaştere absolută la baza oricărei decizii banale. Dereflexiunea urmăreşte *ignorarea* şi *uitarea* propriei fiinţe. Această se face prin "dăruire" într-o acţiune. Umplerea "vacuumului existenţial" acţionează *antipatogen*.

Frankl recunoaşte, aşadar 1° pasivităţi defectuoase (fuga nevroticului de angoasele sale); 2° activităţi defectuoase (lupta cu tendinţele compulsive, intenţia "forţată" în voluptatea sexuală - la

impotenţi); 3° pasivităţi juste: ignorarea (dereflexiunea) şi ironizarea (intenţia paradoxă) simptomului; 4° activităţi juste (a exista *pentru ceva* sau *pentru cineva).*

Logoterapia nu trebuie confundată cu metodele *persuasive.*

Psihoterapii directive

În acest cadru ar intra mai întâi o serie de terapeutici nesistematice a căror acţiune sugestivă nu este conştient folosită pentru a restaura sănătatea. Ele fac apel la inteligenţă, raţiune, sentimente morale şi chiar religioase.

Vindecările "miraculoase" "sau magice" îşi au, în parte, acelaşi mecanism.

Terapeutica de persuasiune îşi găseşte cea mai tipică prezentare în lucrările lui Dubois asupra psihonevrozelor (1904). Dubois trata servindu-se de "cuvintele antrenante". Prin conversaţii, el căuta să înlocuiască "ideile absurde" ale bolnavului prin "gânduri filosofice".

Hipnoza şi sugestia sunt cunoscute din antichitate şi se regăsesc sub forme variate în toate civilizaţiile*.

Reamintim că în secolul al XVIII-lea, Anton Mesmer (1776) a formulat teoria "magnetismului animal", după care un fluid curativ se transmitea de la un subiect la altul. Studii asupra fenomenelor implicate s-au reactualizat în Anglia cu James Braid (1843) şi în Franţa cu Liébault (1860); ei au combătut teoria fluidelor şi au introdus termenii de azi. Liébault a fost primul care a aplicat hipnoza pe scară largă în scop terapeutic. Alături de Bernheim (de la Nancy), Charcot (1878) şi şcoala lui de la Salpêtrière au prezentat pentru prima dată fenomenele hipnotice ca fapte de experienţă şi ca date de investigaţia ştiinţifică.

Tehnica variază după experimentator şi după bolnav, fiecare hipnoterapeut dezvoltându-şi tehnica sa de inducţie pe care o adaptează la pacient. Nu vom insista asuptra acestor aspecte.

* Problematica sugestiei şi a hipnozei a fost dezbătută, la noi, de Vl. A. Gheorghiu.

Aplicările hipnozei sunt de trei categorii. Hipnoza poate fi utilizată ca metodă de sugestie directă în scopul de a uşura anumite simptome; ea poate fi utilizată ca un *catarsis,* metodă de descărcare emoţională şi, în fine, ea se poate combina cu psihoterapiile "luării de cunoştinţă" (terapii vizând reeducarea atitudinilor, tehnică de abreacţie, hipnoanaliză).

Indicaţiile hipnozei sunt foarte largi. S-a utilizat hipnoterapia în diverse tulburări funcţionale; în gastroenterologie, urologie, cardiologie, ginecologie, dermatologie. În anesteziologie se utilizează hipnoza cu sedare preoperatorie, ca agent uşurând inducţia anesteziei generale, ca sedativ postoperator. S-au obţinut analgezii în diverse situaţii. De asemenea, hipnoza este folosită în nevrozele actuale (angoasă, astenie), în anumite nevroze caracteriale, precum şi în sindroame psihosomatice cronice. Se consideră că psihoticii nu sunt hipnozabili. În psihiatria infantilă, s-au tratat cazuri de enurezis, bâlbâieli, ticuri etc. Hipnoza nu presupune "somn", ea poate fi o stare specială de veghe. În cazuri speciale, ea poate provoca sau vindeca leziuni.

Autosugestia conştientă este proprie metodei lui E. Coué (aplicată cândva şi la noi în ţară, în clinica profesorului Al. Obregia). Acest întemeietor de metodă a fost chimist prin studii şi aplicaţie intelectuală, farmacist de meserie câtva timp, şi nici măcar autodidact în ale psihologiei şi medicinii.

Autosugestia tip Coué foloseşte *cuvântul.* Se recomandă, în primul rând, evitarea autosugestiilor verbale negative (astfel, cuvintele "greu, imposibil, este peste puterile mele, nu mă pot împiedica să..." trebuie să dispară din limbajul subiectului). În al doilea rând, se recomandă o autosugestie pozitivă nespecifică: în toate dimineţile, la trezire, şi în fiecare seară, subiectul va închide ochii şi, *fără să fie atent* la ceea ce spune, va pronunţa destul de tare ca să se audă, numărând pe o sfoară douăzeci de noduri, fraza: "din toate punctele de vedere, zi de zi sunt din ce în ce mai bine". Autosugestia trebuie să fie făcută într-un chip cât se poate mai simplu, mai copilăresc, mai mecanic şi deci *fără cea mai mică sforţare.* În cazuri speciale, se adaugă şi autosugestii speciale (pentru durere etc.). Pentru explicaţia

rezultatelor (care se obţin mai ales în tulburări funcţionale cu bază organică reală) se vorbeşte de *captarea forţelor inconştientului*, "marele director al tuturor funcţiunilor".

Coué recunoaşte rolul *favorizant* al fricii de boală pentru instalarea ei. Orice boală este dublă: "la orice boală fizică se grefează şi una morală, predominantă". *Bolile fizice se vindecă mult mai uşor decât suferinţele morale.* Coué a susţinut că "nimeni nu ne poate da sugestii atât de puternice cum ne putem da singuri" şi, împotriva părerii generale, a arătat că sugestia poate *vindeca leziuni organice.*

Sugestiile de decor şi ritual în cadrul practicii medicale au fost semnalate de R. Liek. Peste *orice* act medical se suprapune o influenţă psihică; în cadrul acesteia, joacă un mare rol decorurile, ceremonialurile şi ritualurile (o sală de operaţie modernă are o mare valoare psihoterapeutică!), dar mai ales *ecuaţia personală* a medicului. Orice acţiune medicală are două rădăcini: obiectivă *(sachlich)* şi personală. Ca atare, arta vindecării nu se poate despărţi de "miracol". În categoria "vindecărilor miraculoase", se pot îngloba şi metodele medicale *la modă* şi *en vogue* care: 1) au dat rezultate într-un număr *de boli* eterogene; 2) au dat rezultate excelente în mâinile creatorilor lor - şi dubioase în alte mâini; 3) au dat rezultate *bune* în anumite medii social-culturale şi mediocre în alte medii. Multe metode şi tehnici care se adresează sistemului nervos vegetativ fac parte din aceste grupe. În aceleaşi categorii, se încadrează operaţiile de întinerire de tip Voronoff şi Steinach; anumite tratamente dietetice (cum ar fi dieta Gerson), radioterapice, homeopatice. *Teoriile* pe care se bazează (sau prin care se justifică) intervenţiile nu rezistă întotdeauna criticii; iniţiatorii lor fac greşeala de a deduce din succesele *personale* veracitatea teoriei.

Despre "credinţa care vindecă" a scris J. M. Charcot încă în 1893.

Psihoterapia de relaxare are unele elemente particulare. Din toate timpurile s-a cunoscut interacţiunea dintre gândire şi *atitudini corporale* în sugestie şi hipnoză. Metodele psihoterapeutice de relaxare derivă din unele mijloace utilizate de terapeuticile hipnozei şi în tehnicile yoga.

Se folosesc grade variate de detensionare musculară şi se aplică în tratamentul unor stări nevrotice şi ale unor tulburări psihomotorii (ca ticuri, bâlbâieli, crampe "profesionale") sau în controlul anumitor tulburări psihosomatice. Cele mai cunoscute metode sunt *relaxarea progresivă* a lui Jacobson şi metoda lui J. H. Schultz, de *"training autogen"*.

Mai cunoscută e metoda lui Schultz (autorelaxarea "concentrativă"), care începe printr-un tratament cu ajutorul unui medic şi continuă prin exerciţii individuale. Tehnica cuprinde şase exerciţii corespunzând "frazelor-cheie": "sunt complet liniştit", "braţele şi picioarele sunt grele", "braţele şi picioarele sunt complet calde", "inima bate regulat", "respiraţia este liniştită", "plexul iradiază cald", "simt o răcoare agreabilă pe frunte". Considerând că fiecare exerciţiu cere în medie 15 zile, este necesară o durată de 3 luni pentru a câştiga un bun automatism. După circa 6 luni, "frazele-cheie" pot să se reducă la "cuvinte-cheie": liniştire, greutate, căldură, inimă calmă, respiraţie liniştită, plex cald, frunte răcoroasă. De la acest stadiu (numit "treaptă inferioară" sau "mică psihoterapie"), se trece la "treapta superioară" (mare psihoterapie): stadiul culorii personale, stadiul obiectelor concrete, stadiul obiectului abstract...

În ceea ce priveşte indicaţiile, psihoterapia de relaxare poate fi utilizată atât ca "hipotensor" al rezonanţei afective (naştere fără teamă, analgezie chirurgicală), cât şi pentru potenţarea mecanismelor intelectuale (ca atenţia, concentrarea, memoria, *stăpânirea de sine* etc.).

Psihoterapia de sinteză şi de reconstrucţie - metoda Vittoz se bazează pe reeducarea receptivităţii senzoriale. Trebuie să-l ajutăm pe bolnav să "simtă" obiectele în modul cel mai elementar, evitând de a le conceptualiza. Dereglarea cerebrală-tip care beneficiază este psihastenia (pe care Vittoz o leagă de un defect de conexiune între "creierul conştient" şi "creierul inconştient").

Exerciţiile metodei lui Vittoz pot fi descompuse în: exerciţii de cunoaştere, exerciţii de concentrare, exerciţii de voinţă.

Terapia comportamentală

În *terapia comportamentală* se cuprind metodele psihoterapeutice care îşi înscriu ca principiu condiţionarea şi decondiţionarea şi ca mod de acţiune învăţarea (şi dezvăţarea). Principalele metode ale terapiei comportamentale sunt:

a) *metoda inhibiţiei reciproce* (Wolpe, 1958) – constând din asocierea unui excitant necondiţionat, incompatibil cu primul. Condiţionarea (instrumentală) poate fi realizată prin recompensă, prin forma apariţiei unui excitant plăcut (întărire pozitivă) sau prin puniţiune (întărire negativă). De exemplu, unui copil cu fobia de şoarece i se condiţionează să primească o bomboană la fiecare apariţie a unui şoarece, dar concomitenţa anxietăţii şi a stării agreabile este exclusă (inhibiţie reciprocă). La adult, recompensa poate fi indusă prin relaxare autogenă. Se obţine a desensibilizare imaginativă, progresivă, sistematică la stimulii necondiţionaţi patogeni. În psihoterapia fobiilor şi a situaţiilor anxiogene se recomandă exprimarea şi formularea verbală a situaţiilor şi eventual protecţia psihofarmacologică sau hipnotică. Desensibilizarea *in vivo* a fost preconizată de Meyer (1957), Freeman şi Kendrick (1960);

b) *metoda inhibiţiei condiţionate sau a practicii negative* (Dunlap, 1932; Hull, 1943) se bazează pe ipoteza conform căreia repetarea continuă a unei obişnuinţe patologice poate determina dezoganizarea şi stingerea acesteia. Gusturile şi conduitele patologice reprobabile sunt exersate excesiv; metoda este utilă în nevrozele mixte sau motorii, ca ticuri sau balbisme. Nu este exclusă însă instalarea accentuării nedorite a răspunsului în locul inhibiţiei lui (Dilling, 1971);

c) *metoda aversiunii condiţionate sau a terapiei prin aversiune*, numită astfel de Solyom şi Miller (1967), susţinută de Rochman şi Teasdale (1969) - a fost folosită încă mai de mult (Hare, 1912), în tratamentul alcoolismului cronic (asociere cu apomorfina, producătoare de greaţă şi de vărsături). Condiţionarea a fost realizată cu succes în enurezis, folosindu-se stimulul electric bine dozat (Wolpe şi Lazarus, 1966);

d) *metoda condiţionării operante* are un caracter pregnant pedagogic, întrunind dezideratul unei veritabile psihagogii; se combină, după caz, excitanţi necondiţionaţi cu caracter de pedeapsă sau de recompensă în funcţie de conţinutul - dorit sau, respectiv, reprobabil - al reacţiunii (comportamentului);

e) *metoda intenţie paradoxe sau a modificării expectaţiilor* este una dintre metodele preconizate în logoterapia lui V. Frankl. Principiul porneşte de la ipoteza că simptomele nevrotice reprezintă reacţii condiţionate, întărite prin anxietate. Retrăirea situaţiei princeps anxiogene, în condiţii de tranchilizare şi protecţie, duce treptat la dizolvarea simptomelor.

Între terapia comportamentală şi psihanaliză există o *antiteză*. Wolpe (1963) vorbea despre o opoziţie, legată de caracterul "neştiinţific" al psihanalizei. Mai curând am putea vorbi (G. Ionescu, 1973) despre situarea lor la extremităţile unei scale a mecanismului şi a activismului intervenţiei psihologice. Terapia comportamentală consideră simptomul ca un mod comportamental fixat printr-un mecanism reflex; psihanaliza - ca expresie a unor vechi situaţii conflictuale, trăite, refulate şi uitate. Prima procedează deductiv; cea de-a doua, inductiv. Psihanaliza recurge la o investigaţie istorico-longitudinală; psihoterapia condiţionării realizează o secţiune transversală prin efectuarea unui inventar simptomatic actual. Phihanaliza procedează obsesiv - terapia prin decondiţionare procedează impulsiv-intempestiv. "Psihanaliza este de o prudenţă ce-i trădează scepticismul; decondiţionarea este de un optimism ce-i suspectează realismul" (G. Ionescu). Sunt posibile însă numeroase puncte de întâlnire între ambele metode.

Menţionăm că s-au publicat sutdii de învăţare condiţionată (prin condiţionarea operantă) a răririi sau accelerării ritmului ventricular, la pacienţii cu fibrilaţie atrială (Bleecker şi Engel, 1973). Stimulul mijlocitor a fost lumina colorată. Studii farmacologice au sugerat că acest control neurocentral al aritmiei s-a produs prin activarea căilor eferente colinergice.

*

Există şi interpretări *informaţionale* şi *psihocibernetice* ale terapiei comportamentale. O teorie informaţională a emoţiilor a propus-o Vimorov (1966). La nevrotici, în situaţii care ar cere un *feed-back* negativ (cu atenuarea reacţiilor şi impresiilor) se manifestă un *feed-back* pozitiv: persistă reprezentarea evenimentelor neplăcute; iteraţiile *împiedică* stingerea reacţiilor (Larragoiti, 1978). Prin repetiţii memoriale, elementul de "noutate" al traumei se erodează; prin obişnuire, scade cantitatea de informaţie a semnelor.

Terapeutice catartice

În acest grup menţionăm *subnarcoza* (*narcoanaliza*, J.S. Horsley). Starea de somnolenţă provocată artificial poate sluji nu numai la narcoterapie, dar şi la narcodiagnostic (scopocloraloza, Baruk). Veritabilul moment psihoterapeutic al narcoanalizei ar fi "narcosinteza" (J.M. Sutter). De la narcoanaliză s-a ajuns la alte "psihoterapii farmacologice", care utilizează fie combinarea de barbiturice şi analeptice, fie droguri diferite - ca halucinogenele (oniroanaliza).

Terapia prin artă comportă două aspecte: 1) manifestările artistice ale bolnavilor ca un mijloc terapeutic sau "autoterapeutic" şi 2) influenţa recepţiei operei de artă asupra omului sănătos şi bolnav.

În ceea ce priveşte primul punct, menţionăm că încă mai de mult s-au remarcat efectele terapeutice ale desenului la copil, diferiţi autori arătând importanţa lui în reeducarea sechelelor postencefalitice, a copiilor cu dificultăţi în vorbire, a celor inhibaţi: de asemenea, în educarea delicvenţilor neadaptaţi. Valoarea *picturii* (şi a *artelor plastice)* ca tratament al adulţilor nevrozaţi şi psihotici a fost recunoscută încă de la începutul acestui secol. Creaţia artistică (sau de *tip* artistic) relaxează tensiunea profundă şi conflictele inconştiente. S-a constatat prezenţa unei simbolici universale în desenele bolnavilor mentali şi s-a remarcat şi satisfacţia emoţională care derivă din întrebuinţarea culorii desenului.

Pessin şi Friedmann (1949) socot că terapia prin pictură are cel puţin patru scopuri: 1) expresia creatoare întăreşte eul; 2) ea ajută integrarea socială şi readaptarea la realitate; 3) bolnavul îşi exprimă conflicte inconştiente pe care este incapabil să le verbalizeze; 4) activitatea artistică permite să se descopere vocaţii.

Teatroterapia este veche. Se pare că Aristotel a fost primul care a notat efectul "catartic" al acţiunii dramatice asupra spectatorului. Marchizului de Sade i se datorează prima întrebuinţare expresivă a teatrului în scop terapeutic *(teatroterapie).* Astăzi se utilizează *psihodrama lui Moreno, psihodrama analitică* şi *expresia scenică.*

În psihodramă, bolnavul joacă exact ca un actor, fiind obligat să acţioneze, să "iasă din boala lui". El îşi exteriorizează astfel gândurile, intenţiile, conflictele dezvoltării spontaneităţii. Terapeutul joacă rolul de regizor, ajutând subiectul să-şi exprime dramatic viaţa sa reală - trecută ori prezentă - sau fantastică.

Psihodrama a fost utilizată pentru tratamentul tulburărilor de caracter la copii, al nevrozelor şi (în anumite cazuri) al psihozelor.

Pentru Moreno, spontaneitatea este o veritabilă funcţie, ca inteligenţa sau memoria, uneori insuficient dezvoltată în condiţiile civilizaţiei noastre. Scopul psihodramei este de a o *antrena.*

Expresia scenică este o metodă psihoterapeutică de *catarsis* şi de deprindere a expresiei. Ea se bazează pe transpunerea scenică de texte literare sau de teatru, deprindere îndrumată de un monitor de artă dramatică (Dars şi Benoit, 1964).

Muzica îşi datorează influenţa nu numai faptului că realizează (ca şi celelalte arte) o apropiere estetică a realităţii, o dezvăluire a sensului aspiraţiilor umane, ci şi faptului că "fiecare imprimă portativului ei un înţeles personal izvorât din trăirile lui proprii" (L. Leonov). Muzica aduce, la ferventii ei, destindere, bucurie, consolare; dar, în unele cazuri, metodele pedagogice superficiale sau abuzul unei muzici dezechilibrate determină efecte defavorabile. S-a ridicat chiar problema dacă excesul de excitaţie muzicală (prin radio, cinematograf) nu contribuie la apariţia tulburărilor vegetative frecvente în mediul urban - mai ales la copii oraşelor mari (Benhold-Thomson). Modul defectuos de a asculta muzica este acela în care se constituie

"un zgomot de fond", căruia nu i acordă atenţie, dar căruia i se simte lipsa atunci când încetează. Béréndès (1961) numeşte acest fapt "consum de muzică".

Virtuţiile medicinale ale muzicii erau cunoscute şi de cei vechi. Ele erau legate atunci de magie şi de religie (mitul lui Orfeu etc.). A devenit clasică distingerea, în muzicoterapie, a cel puţin trei aspecte: sonoterapia, ritmoterapia şi meloterapia.

Efectele nervoase, vegetative, mai ales cele afective etc. sunt foarte variate. Elementul sonor poate duce de la acele "frisonări" pe care le simţim la auzul unor anumite note, până la un *istupendio gaudio,* o "supersenzaţie" de tip cenestezic, un fenomen de răsunet fiziologic ce interesează deodată mai multe registre ale simţirii şi care, datorită studiilor lui Pavlov, a putut fi explicat prin iradierea procesului de excitaţie în domeniul mai multor analizatori.

Muzica influenţează circulaţia (la om, la animale şi chiar la plante!) presiunea arterială, frecvenţa pulsului; respiraţia; (Dogiel, Patrizzi); tubul digestiv. Se poate spune că sunt afectate puternic unele organe inervate de nervul vag. Parhon (1927) a postulat conexiuni între nucleii perechilor a VII-a şi a X-a ai nervilor cranieni. Cercetări ulterioare ale aceluiaşi (cu Aslan şi Vrăbiescu), folosind între altele metoda pletismografică, fac plauzibilă ipoteza după care calea auditivă ar avea conexiuni funcţionale cu substanţa reticulată (la diferite niveluri) şi cu hipotalamus. Efectele somatice ale muzicii nu s-ar datora numai reflexelor vegetative dezlănţuite de excitanţi senzoriali, ci şi modificării sensibilităţii vegetative şi cerebrospinale.

Dar muzica se adresează *în acelaşi timp* diferitelor etaje ale sistemului nervos şi diferitelor "laturi"ale persoanei.

După ritm, intonaţie etc., muzica poate provoca somn sau excitaţie nervoasă, veselie sau tristeţe, dinamizare sau inhibiţie, optimism sau pesimism; poate releva adevăruri sau pune întrebări profunde despre existenţă, poate aduce răspunsuri, poate fructifica gândirea abstractă, poate produce limpeziri teoretice etc.

"Nimic nu restabileşte cu atâta iuţeală unitatea fiinţei mele ca muzica; toate avânturile se leagă între ele, toate ideile apar colorate, încălzite cu partea lor psihică" (scria Fr. I. Rainer).

Trebuie însă remarcat că felul de a reacţiona la muzică are nu numai diferenţe individuale, dar poate fi mult diferit la bolnavi faţă de cei sănătoşi (s-au observat particularităţi de răspuns la schizofrenici, maniaco-depresivi, nevrotici, epileptici – în ultima eventualitate putând provoca crize).

Edificarea unei *farmacopei muzicale*, aşa cum a încercat mai de mult R. Schauffler, îşi găseşte din ce în ce mai mult justificarea ştiinţifică. O metodă precisă a fost propusă şi aplicată de Jost la subiecţii de tip anxios, hiperemotivi, melancolici.

Această metodă se bazează pe asocierea potrivită a trei piese prezentate într-o anumită ordine în timpul şedinţei: prima evocă starea deficientă a subiectului, a doua formează un contrast "neutralizant", a treia încearcă să realizeze efectul de durată căutat (stimulare, calmare).

S-a arătat (Faure, Francès şi Igert, 1958) că stimulările muzicale utilizate în cursul unei cure de somn potenţează acţiunea medicamentelor. Se observă o corelaţie între tonalitatea afectivă a anumitor stimulări muzicale şi conţinutul afectiv al viselor care survin la cel care doarme.

Muzica a putut fi utilizată şi ca adjuvant analgetic (Rusca, 1935; Chevallier, 1956), capabil să procure operatului conştient o destindere psihică, o diversiune senzorială şi o izolare acustică.

L. Corti (1958) a folosit muzica pentru a realiza "naşterea fără dureri".

Chevallier distinge schematic trei temperamente muzicale: temperamentul "concerto de Haendel", temperamentul "vals de Strauss" şi temperamentul "varietăţi sau surprize".

Unii consideră că muzica realizează mai ales o "decondiţionare", analoagă aceleia pe care o provoacă schimbarea de loc, sportul, pescuitul sau plimbarea. Fără a nega această interpretare, vrem să subliniem totuşi numeroasele *valenţe spirituale* ale muzicii, care nu pot fi desconsiderate.

Este uşor de văzut (C. Bogdan) că un minimum de terapie prin artă se poate realiza în fiecare spital sau sanatoriu: tablouri, gravuri,

cărţi poştale, radio sau benzi sonore. Terapia prin artă poate fi considerată şi ca o variantă a "terapiei prin frumos" *kaloterapie).* Frumosul natural (peisajul, cerul, florile etc.), ordinea şi curăţenia ambianţei, frumosul artistic, aspectul personalului medical şi auxiliar, frumosul tehnic (aparatură etc.) sunt componente ale acestei "psihoterapii minimale".

Psihoterapii colective

Acestea pun în joc acţiunea binefăcătoare, rezolutivă şi reeducativă a interacţiunilor şi comunicărilor în interiorul unui mediu organizat într-un scop terapeutic.

Psihoterapiile de grup sunt metode care utilizează pentru tratament fenomenele de interpsihologie în sânul unor grupuri restrânse, grupul fiind special constituit pentru a deveni agent terapeutic.

Distingem metode *verbale* (de ex. psihanaliza de grup) şi *metode dramatice* (despre care am discutat în cadrul teatroterapiei).

În aceeaşi categorie intră *terapeuticile ocupaţionale* (instituţionale) numite şi *ergoterapii* (răspândite mai ales în spitale psihiatrice).

Ele sunt *socioterapii* când urmăresc readaptarea la o muncă cu o funcţie socială evidentă, bolnavul redevenind "persoană" şi "valoare". Se urmăreşte deci *valorizarea* (şi nu numai *valorificarea)* bolnavului.

Culoarea

Un efect "psihoterapeutic" (sau, dimpotrivă, psihopatogen) revine şi *culorii.* S-a arătat că acest factor are un rol însemnat în asigurarea "mediului static în cadrul spitalului", componentă a "regimului curativ de protecţie" (Al. Ciucă, E. Minciu, E. Solomon şi Leibovici)*. Capacitatea omului de a deosebi culori este extraordinară: în practică, se folosesc între 400 şi 1.000 de nuanţe. Goethe (autor al unei celebre doctrine a culorilor) a scris: "culorile au acţiune asupra psihicului, putând produce senzaţii, putând da naştere la emoţii, provocând tristeţe sau veselie". Dealtfel, încă din antichitate culorile au fost folosite pentru a simboliza diferite stări sufleteşti sau pentru a da o mai mare variaţie şi solemnitate ceremoniilor publice; încă de la "primitivi", culorile au un rol decisiv în ornamentaţia locuinţelor, dar şi a propriului corp şi în îmbrăcăminte. *Tradiţionala* importanţă atribuită de secole culorilor este un factor esenţial în deşteptarea unei anumite stări psihice. În timp ce albastrul este o culoare calmantă, negrul este considerat simbol al tristeţii, iar albul al purităţii. Se vorbeşte despre culorile "calde" (cele care corespund unei mari lungimi de undă) şi culori "reci" (cele care corespund unei mici lungimi de undă); ele dau impresia termică corespunzătoare printr-un efect pur psihologic. Deşi fiecare om are o scară (ierarhie) proprie a culorilor preferate, există o oarecare omogenitate în sensibilitatea maselor la diferiţi stimuli coloraţi - fapt care a dus la exploatarea (cu bune rezultate) a însuşirilor psihodinamizante a culorilor de către ergonomişti în atelierele industriale.

Efectele psihice ale culorilor au fost studiate de unul dintre întemeietorii psihologiei româneşti, Fl. Ştefănescu-Goangă.

Se cunoaşte faptul că metabolismul şi dezvoltarea plantelor şi animalelor este net dependentă de culoarea luminii. S-a vorbit chiar despre "foamea de o anumită culoare" a organismului bolnav.

Folosirea culorii în scop terapeutic defineşte *cromatoterapia* sau *cromoterapia;* domeniul de predilecţie este al patologiei mentale, deşi s-au făcut şi încercări de tratare a bolilor somatice, infecţioase etc.

Preferinţa pentru culori depinde de factori etologici, de *habitus*-ul psihic (Luescher), de mediul cultural, de vârstă (C. Guja),

* În general, *aspectul* spitalului, arhitectonica, dispunerea saloanelor şi coridoarelor, compoziţia şi forma obiectelor de mobilă etc. au o funcţie psihoterapeutică sau iatrogenă, după caz.

dar şi de starea sufletească momentană, ca şi de condiţii fiziologice sau de mediu, momentane.

În medicina actuală se tinde să se părăsească "acea mare de alb glacial" caracteristică spitalelor în urma triumfului principiilor asepsiei (Tagliaventi). Se urmăreşte evitarea monotoniei, uniformităţii şi "impresiei de depersonalizare" - şi aceasta, de pildă, printr-o utilizare adecvată a legii contrastelor. Culoarea şi lumina trebuie să fie potrivite pentru o muncă de asistenţă medicală în bune condiţiuni, respectându-se cerinţele de fiziologie a vederii. Pe de altă parte, s-a recomandat folosirea unei culori corespunzătoare pentru fiecare categorie de bolnavi în parte, zugrăvirea pereţilor alăturaţi şi a celor opuşi în culori diferite, folosirea paravanelor etc.*).

Eforturile se îndreaptă spre împăcarea *utilului* cu *plăcutul*, uneori recurgându-se la soluţii de compromis. Merită să fie reţinută şi indicaţia după care, într-un spital mare, cearşafurile şi rufăria să fie de culori diferite, de la o secţie la alta (în felul acesta se poate evita, în cursul spălării, transmiterea unor infecţii de spital etc. - Al. Ciucă).

Menţionăm că problema culorii se pune şi cu privire la uniformele personalului de spital. Experimente efectuate în Gainsville (Florida) au arătat că anumite culori cresc apetitul bolnavilor, uşurează vindecarea etc. Culoarea albă (care a ajuns un semn distinctiv al profesiunii, alegerea ei având un sens *simbolic* dar şi o finalitate practică - depistarea uşoară a poluării) trebuie dozată inteligent.

În sfârşit, problema culorii se pune şi cu privire la alimente şi la medicamente.

Coeficientul psihoterapeutic al medicamentului. Efectul placebo

Un medicament introdus în organism îşi exercită în parte acţiunea prin influenţe psihologice. Unul dintre aspectele cele mai

* O inspirată folosire a culorilor şi a frescelor colorate o ilustrează Clinica de stomatologie infantilă de la Iaşi (prof. M. Rusu).

importante ale terapeuticii medicamentoase (dar şi ale cercetării de farmacodinamie clinică) este constituit de *efectul placebo*. Sub acest termen se desemnează modificările obiective sau subiective ale stării unui subiect la care s-a administrat, în medii medicale, un corp fără acţiune farmacodinamică proprie. Termenul de *placebo* (viitorul verbului latin *placere)* a fost întrebuinţat în ţările de limbă engleză din sec. al XVIII-lea, pentru a desemna un medicament fără acţiune reală, pe care medicul îl dă bolnavului pentru a-i "face plăcere". De fapt, studiul ştiinţific al efectului datează de la începutul secolului nostru (1918) şi a fost posibil datorită dezvoltării farmacologiei şi metodelor statistice. Primul articol consacrat special semnificaţiei psihologice a *placebo*-lui a apărut în 1945. În cazul administrării unui drog activ, efectul *placebo* este constituit din diferenţa dintre modificarea constatată şi cea imputabilă acţiunii farmacodinamice a produsului. Cam 1/3 bolnavi sunt *placebo-reactori* (sensibili la efectul *placebo)*. Reacţiile pot fi în sens favorabil (pozitiv) sau pot fi (în 1/5 cazuri) nefavorabile (agravări, simptome alarmante, *nocebo). Placebo* s-a administrat şi la normali pentru a testa efectele unui nou medicament, *placebo* fiind utilizat ca "medicaţie" martor (de control).

Efectul *placebo* este în funcţie de simptomul respectiv. Astfel, pentru durere există 60% subiecţi sensibili la *placebo* dacă este vorba de cefalee nemigrenoasă, 32% dacă este vorba de migrene, 18% în cazul durerilor de altă origine.

Nu numai simptomele subiective sunt influenţate de *placebo*, ci şi diferite simptome obiective (tensiunea arterială la hipertensivi, greutatea la tuberculoţii pulmonari etc.).

Se pare că există posibilitatea de a distinge, cu o anumită posibilitate, subiecţii care vor reacţiona la *placebo*. Pe baza investigării personalităţii (examen clinic, test Rorschach, chestionare de personalitate) s-a arătat că receptorii sunt persoane extravertite, anxioase, dependente şi cu o afectivitate labilă; pe plan social, sunt conservatori şi cooperanţi cu personalul medico-sanitar. Cei cu reacţii negative la

placebo sunt neîncrezători, rigizi şi cu o anxietate manifestată mai ales în simptome somatice.

Trebuie adăugat că însuşi modul de prezentare a substanţei, calea de introducere, modul de administrare joacă un rol în producerea efectului.

Placebo ar părea să aibă o "eficacitate" descrescândă pentru prezentările următoare: injecţii, drajeuri, comprimate, supozitoare. *Placebo*-urile colorate şi cele amare par mai active decât cele necolorate şi fără gust (insipide). De asemenea, *placebo* se comportă ca un drog "tahifilactic", efectul tinzând să se epuizeze în cursul aplicaţiilor succesive.

S-a remarcat că efectul *placebo* depinde în mare măsură de atitudinea medicului. Dacă acesta este convins de eficacitatea terapeutică a produsului administrat, efectul *placebo* va fi mult mai marcat decât dacă ştie că este vorba de o substanţă inactivă. Acest fapt provine mai ales din modificarea inconştientă a comportării medicului, modificare care se va exprima, dacă nu explicit în convorbirea sa cu bolnavul, cel puţin în atitudinea sa. Din această cauză, se întrebuinţează în studiul acţiunii farmacologice a medicamentelor metoda dublu oarbă *(double blind)*; nici pacienţii şi nici medicul nu ştiu care dintre medicamentele administrate sunt cele presupuse a fi active. Se folosesc două grupe de bolnavi, unii primind medicamentul activ, iar alţii *placebo*.

S-au dat numeroase explicaţii efectului *placebo;* cea mai simplă şi răspândită ar fi aceea a sugestiei exercitate de către medic asupra bolnavului, ca un fel de transfert psihoterapeutic. Cercetările din ultimul timp insistă asupra rolului condiţionării (Wolf şi Hagans), ansamblul medico-*placebo* constituind semnalul declanşat al reflexului condiţionat. Cu alte cuvinte, un bolnav care a reacţionat pozitiv la un medicament "autentic" după mai mult timp reacţionează în acelaşi mod la orice "medicament". Răspunsul poate fi deci "idiospecific" şi depinde de asemenea de ceea ce *aşteaptă* bolnavul de la tratament. O altă cale de acţiune ar fi mobilizarea dorinţei bolnavului de a se vindeca.

Privire retrospectivă şi completări

Pe baza a 2 300 de publicaţii cercetate, Jonokheére (1965) a ajuns la concluzia că mai răspândite sunt aproximativ 40 de tehnici psihoterapeutice (dar numai 19 studii sunt făcute cu grupuri comparative, de unde dificultatea de a judeca eficacitatea lor). Asemenea evaluării şi consideraţii se fac, fireşte, cu privire la psihoterapia *metodică;* psihoterapia *incidentală*, de uz spontan-ocazional, este curent aplicată, indiferent dacă medicul o face intenţionat sau neintenţionat.

După cum am mai subliniat, este imposibil să separăm actul medical de o influenţă psihoterapeutică (sau de o influenţă negativă iatrogenă în cazuri regretabile). S-a spus că medicamentele materializează şi vehiculează relaţia psihoterapeutică (Bălănescu). S-a vorbit despre "paradoxul medicinii": o tehnică şi o "artă", care abia de un secol are mijloace medicamentoase probate ştiinţific, a putut fi eficace milenii şi milenii, fapt pus pe socoteala psihoterapiei (Pamfil). Moreno consideră şi religia ca pe "cea mai mare şi mai ingenioasă procedură psihoterapeutică pe care a inventat-o omul" şi pe lângă care psihoterapia medicală are rezultate minore. Este, desigur, o afirmaţie discutabilă, bazată pe ignorarea funcţiei de *alienare* pe care o au religiile; dar să nu uităm că Marx le-a asemuit cu o administrare colectivă de opium.

Ni se pare interesant să cităm câteva cuvinte ale profesorului Marius Sturza (1951), cunoscut şi experimentat balneolog: "psihoterapia se manifestă însă în mod pregnant la *aplicaţiile fizioterapeutice* (sublinierea ne aparţine); există un paralelism între efectele fizioterapice şi cele psihoterapice. Factorii de psihoterapie sunt, în aceste cazuri, încrederea în metodă (la care adăugăm *aspectuozitatea* aparaturii tehnice şi atitudinea ambivalentă faţă de realizările acesteia),

convingerea că se află în mâini bune şi *personalitatea medicului* (cu o putere sugestivă foarte variabilă)". Un alt remarcabil reprezentant al şcolii medicale clujene, profesorul Popoviciu spunea asistenţilor săi, referitor la medicament: "nu are importanţă *ce* îi dăm, ci *cum* îl dăm". Intervine *ceremonialul şi "ritualul"* examinării, explorării administrării mijlocului terapeutic. Pentru unii autori (Bălănescu) contează mai mult "deschiderea omenească către semeni, comunicarea afectivă, simpatie, comuniune, dragoste poate". Dar nu trebuie să uităm că alteori intervine tocmai caracterul distant, *dar dominator* al terapeutului. În această privinţă, reamintim anecdota consultării lui Bismarck de către Schweninger: "cancelarul de fier" pretindea să fie examinat fără să i se pună prea multe întrebări; medicul i-a făcut observaţia că aşa poate proceda *un veterinar*, la care, eventual, acesta ar putea să se adreseze! Bismarck a rămas pacient credincios al lui Schweninger; a recunoscut că acesta a fost singurul medic care a ştiut *să-l domine;* pe toţi ceilalşi i-a dominat el (ceea ce, bineînţeles este perfect explicabil). Unii medici folosesc premeditat - sau fără să-şi dea seama - psihoterapia vehiculată de *durere* (explorări dureroase, injecţii dureroase etc.). Explicaţia că în acest fel bolnavului "i se taie pofta" *să mai facă pe bolnavul* este simplistă. O valoare psihoterapeutică o are orice situaţie de şoc (pozitiv sau chiar negativ), de neprevăzut şi de surpriză. Primejdia mobilizează resursele fiinţei şi o obligă la integrare. Pe de altă parte, psihoterapie este şi contactul cu frumosul, succesul, bucuria şi speranţa, actul de a da atenţie, actul de bunăvoinţă, de respect şi de interes etc. Relaţia de comunicare şi simpatie "de la om la om" nu este previzibilă şi guvernabilă; dar o serie de comportări pozitive în raport cu bolnavii pot fi *învăţate.*

S-a vorbit despre necesitatea unui *minimum psihoterapeutic,* cu atât mai necesar cu cât tehnicizarea medicinii actuale riscă să suprime ceea ce era vehiculat inconştient în contactul tradiţional dintre medic şi bolnav. Activitatea medicului nu trebuie să fie numai o "lucrare în carnea umană", ci, mai întâi, una comparabilă în sufletul uman (O. Müller). Nu numai că psihoterapia îşi găseşte locul (şi în acelaşi timp) *alături* de somatoterapie, dar se cere a fi *îmbinată* cu ea *(in gekoppelter Form)* (Sihle).

Psihoterapia *metodică* (numită pe scurt "psihoterapie") pune probleme de pregătire a cadrelor, de disponibilitate de timp şi de mijloace etc. Ne interesează mai puţin aspectele organizatorice, cât cele de principiu. C. Belciugăţeanu (1965) a ridicat problema *metodei* şi a *conţinutului* şi s-a întrebat, mai întâi, dacă mijloacelor predominant afective (cum este sugestia în stare de veghe sau de somn hipnotic) nu trebuie să le fie preferate uneori (sau cât mai des) mijloacele predominant raţionale: persuasiunea şi explicaţia. *"Fondul psihic* transmis cu cât mai multă răspundere" trebuie să-l preocupe pe psihoterapeut. Terapia de restructurare pozitivă a personalităţii trebuie să vizeze în primul rând caracterul, care este nucleul acesteia; în cadrul psihoterapiei, medicul îl poate ajuta pe bolnav să-şi modifice atitudinea faţă de boală, faţă de sine însuşi, faţă de societate, îi poate insufla noi interese şi criterii, noi convingeri şi scopuri. Belciugăţeanu insistă asupra faptului că psihoterapia "cuprinde şi cea mai mare semnificaţie etico-deontologică pe care o poate avea profesiunea medicală": tratamentul trebuie aplicat nu numai *destoinic,* ci şi *de pe poziţiile umanismului contemporan.* Aceasta înseamnă, mai ales, o concepţie în esenţă optimistă despre *sănătatea omului contemporan,* combaterea supraestimării importanţei elementelor morbide din om (care este, în zilele noastre, favorizată de unele curente literare şi filosofice ca existenţialismul, voluntarismul etc.). Din această perspectivă, psihoterapia trebuie şi ea "oprită la timp", redând bolnavului "sentimentul legitim al degajării de starea morbidă".

E. Kretschmer înglobează *recomandările etice şi de înţelepciune* în cadrul psihoterapiei şi *igienei* mentale. El analizează chiar şi filosofia anihilării (Nirvana), dar soluţiile filosofiei budiste le consideră neconvenabile pentru omul modern din Occident. Ca fundament al psihoterapiei, se poate alege acel "fii tu însuţi" goethean, activitatea conformă cu legile interne ale propriei personalităţii, cu excluzia imixtiunilor străine (heteronome) şi ambivalente şi cu o orientare constructivă *(activitate* vie, concretă, liberă, altruistă). Pentru Kretschmer, vindecările "miraculoase" dau o indicaţie preţioasă despre posibilităţile psihismului şi ale psihoterapiei. Dar întrebarea nu este: ce e posibil în *principiu?,* ci: ce este *practic* să încercăm? De

aceea, psihoterapia nu va tinde să înlocuiască medicaţii probate; este sigur însă că ea ar fi putut înlocui munţii de medicamente şi hecatombe de operaţii la pacienţii cu important coeficient nevrotic. De psihoterapie beneficiază în primul rând sindroamele condiţionate de existenţa complexelor, cele provocate de o "dietetică psidică defectuoasă" (cum ar fi suprasolicitările şi răspunderile excesive)*; dar de resortul psihoterapiei sunt şi sindroame *nepsihogene*, cum ar fi distoniile vegetative. Faptul că psihoterapia vindecă nu este o dovadă pentru psihogeneză - argument folosit şi împotriva *doctrinei* psihanalitice. Metodele de antrenare *(training)* au o mare valoare. Cât despre dizolvarea complexelor, Kretschmer aminteşte posibilităţile de abreacţie prin uzură în timp, printr-o "explozie" afectivă neaşteptată, prin detentă *(catharsis*, mărturisire), prin meditare clarificatoare, care suprimă "izolarea" complexului (şi deci caracterul de "corp străin"), prin sublimare (înţeleasă ca o descărcare productivă, creatoare). Activitatea, munca "este nucleul şi steaua psihoterapiei". Este de amintit aforismul lui Goethe: înţelegerea nu mă ajută (consolează); înţelepciunea - puţin; timpul - mult; activitatea - deplin.

Deşi psihoterapia are numeroase implicaţii etice, psihoterapeutul trebuie să ştie să-şi păstreze, între anumite limite, *neutralitatea axiologică*, să se abţină de la aprecieri şi reprobări. Pacientului i se poate arăta însă cum este privită acţiunea sau intenţia lui de către societate (conceptul de sancţiune: Brender, 1965).

Există implicaţii medicale ale *urâţeniei* şi *frumuseţii fizice*, iar o parte din eforturile medicinii sunt investite în chirurgia estetică, în cosmetică etc. *(cosmiatria* lui A. Voina). Psihoterapia poate fi şi ea un procedeu însemnat în cosmiatrie. Sub influenţa psihoterapiei (eliberatoare de complexe, suferinţe, inhibiţii, spasticităţi, tendinţe agresive şi distructive), persoana devine mai simpatică, mai atractivă; comportarea liberă şi liniştită, expresia mulţumită a figurii, susţin succesul social. Îndeosebi "orice terapie care eliberează Erosul de spasm şi de chin acţionează în cel mai înalt grad" (Meng).

* Ideea *dieteticii sufleteşti* se găseşte încă la Seneca. Ea a fost pusă în largă circulaţie la mijlocul secolului al XIX-lea de către poetul Feuchtersleben, fost profesor la Facultatea de medicină din Viena.

*

Sen Alexandru a scris o întreagă carte pentru a prezenta "o viziune educaţională asupra psihoterapiei" (1978). Actul educaţional are o funcţie terapeutică (şi profilactică) după cum actul medical nu este un act de simplă restabilire a unui *statu quo ante*. Nu este vorba în primul rând de educarea deficienţilor mentali sau de logopedie: domeniul de elecţie sunt nevrozele. Dacă P. Delore insista asupra "funcţiei pedagogice a spitalului" (1959), originile educaţiei terapeutice se cer căutate în China antică, în Elada, în gândirea lui Seneca; primul sistem constituit de educaţie terapeutică este Hatha Yoga. Ideea revine la materialiştii francezi din secolul al XVIII-lea, este subliniată de Ph. Pinel. Este interesant de citat din Auguste Comte, după care educaţia şi medicaţia corespund, respectiv, "istoriei naturale" şi patologiei. În timp ce educaţia direcţionează dezvoltarea într-un anumit scop determinat, medicaţia este o "acţiune raţională" pentru a readuce fiinţa vie la starea normală; ambele sunt ramuri ale "biologiei concrete". Un merit deosebit revine lui A. Kronfeld (1927), care introduce termenul de *psihagogie* pentru "învăţătura de educaţie psihoterapeutică". Funcţia terapeutică a educaţiei potenţează capacitatea metodelor de a realiza efecte terapeutice. Procesul care îi dă naştere este educaţia terapeutică. Studiul ei este o veritabilă pedagogie terapeutică. Terapia educaţională este, în înţelesul autorului, orice formă de psihoterapie realizată prin metode şi procedee educaţionale. Terapia prin înţelegere este o astfel de terapie, ca şi terapia comportamentală, biblioterapia (terapia prin cărţi), logoterapia, psihodrama, art-terapia, muzicoterapia. Antrenamentul autogen şi ergoterapia nu sunt, fireşte, trecute cu vederea, nici sugestia, hipnoza şi inspiraţia psihanalitică de la baza unor procedee contemporane.

Bio-feed-back şi comportament

Noţiunea de *bio-feed-back* (BF) a fost introdusă în neurofiziologie, fiziopatologie şi psihologie în ultimii ani. Pornind de la

observaţiile lui Kamiya (1968) care urmărea să obţină controlul voluntar asupra activităţii electrice corticale (unde alfa) şi, corelativ, asupra unor stări psihologice complexe, numeroşi cercetători au folosit resursele tehnicii electronice şi ale automatizării pentru realizarea unor sisteme biotehnice (am zice "antropotehnice") speciale, în care informaţii asupra stărilor funcţionale din diferite organe, conştientizate, servesc ca punct de plecare pentru tentative de influenţare a acestor funcţii. În fond este vorba de reluarea capacităţii de "învăţare" a *organelor interne,* problemă care a fost abordată de şcoala lui I. P. Pavlov în cadrul concepţiei nerviste (ducând la cunoscuta teorie corticoviscerală a îmbolnăvirii organelor) şi de curentul medicinii psihosomatice (cu alte concepte şi metode decât cele ale fiziologiei). Alături de observaţiile lui Kamiya, menţionate mai sus, reluarea problematicii în laborator şi în clinică porneşte şi de la lucrări neurofiziologice legate de numele lui Miller, Basmajian sau Olds. Culegeri de materiale, cu accente când pe aspectele psihologice când pe cele neurofiziologice, apar în ritmul de câteva pe an.

După cum precizează A. H. Bloack şi A. Cott (1977), BF trebuie limitat la cercetările şi rezultatele: 1) în care răspunsurile organelor interne sau ale musculaturii striate nu sunt observate direct (de către experimentator sau de către subiect), ci prin mijlocirea unor instrumente; şi 2) în care scopul este producerea unui control asupra acestor răspunsuri cu ajutorul unor stimuli contingenţi. (Aceşti stimuli contingenţi pot fi priviţi ca "întăritori operanţi" în sensul lui Skinner, dar o asemenea interpretare rămâne încă discutabilă). Spre deosebire de ceea ce se credea în primii ani ai răspândirii metodei, rezultatele pozitive "de bilanţ" nu se înscriu numai în domeniul psihologic propriu-zis, ci şi în sectorul clinic şi - mai ales - în cel al cercetării fundamentale privind corelaţiile psihosomatice şi plasticitatea sistemului nervos (greşit denumit, cândva, "sistem nervos autonom"). Menţionăm, de asemenea, că discuţiile asupra metodei ating în mod necesar teme de mare interes psihologic, cum ar fi teoriile învăţării, natura încă neclarificată a emoţiilor, percepţia viscerală în corelaţie cu exteropercepţia şi cu propriopercepţia, sugestibilitatea, efectele mentale ale relaxării musculare. Deşi - la primul contact - conceptul de BF

ne trimite cu gândul la cibernetică, interpretarea riguros cibernetică a datelor este încă un deziderat (J. Anliker). Progresiv, se subliniază importanţa unei contribuţii doctrinare mai puţin citate: ideea "modelului interior" al ambianţei în "calculatoarele" vii, adică în creier (F. A. Hayek).

În rezumat, se poate reţine faptul că metoda BF repurtează succese promiţătoare în situaţii atât de diferite cum ar fi epilepsia, hipertensiunea arterială, tulburările de ritm ale inimii, tulburări neuromotorii (paralitice sau spastice). Este posibil să se modifice prin BF frecvenţa şi amplitudinea undelor alfa şi tetha din electroencefalogramă, ca şi fluxul sângelui în arterele coronare. BF ar fi recomandabil ca tehnică *anti-stress.* Întrebările pe care le ridică observaţiile, sau unele contraziceri între rezultare, sunt însă numeroase şi vizează bazele interpretării lor. De pildă, s-a constatat că amploarea, dar şi calitatea efectelor, depind de expectaţia subiecţilor, ca şi de instrucţiunile verbale date lor. BF, ca metodă terapeutică, nu este oare, un simplu *placebo?* Într-o sistematizare nuanţată a datelor (datorită lui H. Legewie), se face distincţia între *controlul direct al simptomelor* (la nivelul vegetativ şi hormonal), *controlul lor la niveluri superioare* (cerebrale) şi *mecanismele terapeutice indirecte.* Sub ultima etichetă cuprindem: efectul *placebo,* creşterea sugestibilităţii, creşterea motivaţiei (de exemplu, speranţa de vindecare, persistenţa în aplicarea măsurilor terapeutice), mecanismele cognitive (autorul admite teoria bifactorială a emoţiilor, argumentată de Shachter, după care percepţia unei stări fiziologice de excitaţie este interpretată drept o emoţie pozitivă sau negativă, depinzând de stimuli ambientali particulari). Totodată, se ridică şi întrebarea dacă BF este o alternativă *superioară* altor tehnici terapeutice psihosomatice, cum ar fi tehnicile de relaxare, de meditaţie sau unele variante de terapie comportamentală. Există - susţin diferiţi autori - un comportament "al durerii" (care este mai mult decât *expresia* durerii), ca şi un comportament "de boală", iar ele introduc pacientul în cercuri vicioase. Probabil că medicina a subestimat până azi implicaţiile activităţii musculare în geneza stărilor psihice curente (ca veghea sau emoţia) sau patologice (ca anxietatea) sau de calm dorit (ca în relaxare).

Psihofarmacologia ca psihoterapie indirectă

Titlul acestui subcapitol exprimă o ideea banală. Sedarea durerii şi a anxietăţii a primit un ajutor puternic prin dezvoltarea psihotropelor; în plus, au intervenit (ca descoperiri poate epocale) substanţele cu acţiune pe sistemul neurovegetativ şi umoral implicat în emoţie (şi *stress*), ca şi cele ce blochează receptorii catecolaminei, sau enzimele ce degradează intermediarii chimici ai excitaţiei nervoase. Date noi au fost aduse de biochimie şi de medicina "neconvenţională".

Cercetări de fiziologie clinică au arătat, de exemplu, că în interfaţa dintre aparatul cardivascular, metabolism şi psihic, intervin factori ereditari: răspunsurile tensiunii arteriale şi frecvenţei ritmurilor cardiace sunt foarte apropiate la gemenii monozigoţi (în solicitare) (T. Theorell, 1978). Intervin factorii socioculturali: presiunile familiale intervin în etiologia infarctului miocardic la americani, în timp ce la suedezi, cele periculoase sunt legate de activitatea de muncă (responsabilitate, conflicte, suprasolicitare) (Orth-Gomer, 1979). Tensiunea arterială nu se ridică în mod necesar cu vârsta, cum au arătat cercetări comparative (de "sociofiziologie") pe londonezi (la care aceasta se urcă), pe boşimani (Truswell, 1972) şi pe zuluşi (Scotch, 1963). Intervin evident obiceiuri alimentare – ca ingestia sporită de clorură de sodiu, independent de rasă (Dahl, 1961). Excreţia de noradrenalină scade în somn şi creşte în efortul profesional, mai ales în cel de noapte (Theorell, 1979). Catecolaminele cresc circulaţia de acizi graşi liberi, creştere care are loc în exerciţiul fizic complicat cu stări emoţionale (competiţie), dar mai puţin în efortul fizic *per se*. Mai precis (Stephens şi colab., 1979), în timpul efortului aceşti acizi sunt consumaţi, concentraţia creşte în sânge după încetarea efortului, dar revenirea este promptă la cei antrenaţi. Nivelul lor crescut este corelat cu tulburări de ritm ale inimii şi cu micro- sau macroaccidente vasculare. Creşterea tensiunii arteriale - şi probabil şi a acizilor graşi liberi în asemenea condiţii (efort+emoţie) - este prevenită prin betablocanţi adrenergici (ca propanololul).

S-au mai pus în evidenţă creşterile mai puternice ale catecolaminelor şi ale colesterolemiei în *stress*, la aşa-zisul tip A de personalitate, la care şi riscul de boli coronariene este mai mare (R.H. Rosenman, 1979). Este tipul aflat în continuă "luptă pentru viaţă", care încearcă să realizeze cât mai mult în timp cât mai scurt, care este preocupat de termene şi frecvent ajunge în conflict cu alţii.

Pe de altă parte, metodologia cercetării de farmocologie clinică ne permite azi să comparăm efectele cardiovasculare (tensiune, frecvenţa pulsului, modificăril ECG) în *stress*, sub acţiunea anxioliticelor (ca diazepam), a beta-blocanţilor (ca propanolol şi oxprenolol), ţinând seama şi de efectul *placebo* (Koella, 1978; Davidson, 1978; Blaha, 1978).

O ilustrare a intervenţiilor combinate ale psihoterapiei, farmacoterapiei şi acupuncturii pe un fond cultural special, o reprezintă succesele anesteziei (insensibilizării) operatorii prin acupunctură, în China. Efectele spectaculoase (în până 90% din cazuri) s-au obţinut de către medici chinezi pe pacienţi chinezi aderenţi la învăţăturile lui Mao-Tze-Dun. "Pragul" durerii depinde de factori spirituali şi culturali; în varianta marxismului elaborată de Mao, se subliniază importanţa determinantă a factorului *uman* (şi nu a celui *material)*, "materialul se poate transforma în moral şi moralul în material - dar întotdeauna comandă moralul". Răspândirea vechii practici a acupuncturii la scară naţională (şi rurală) se datorează gândirii mobilizatoare, însuşită de sute de milioane de oameni, care vedeau în aceste măsuri o concretizare a acestei gândiri şi îi dădeau o semnificaţie politică şi naţională (Peyrefitte, 1973). În acest context, se stabileşte o relaţie specifică cooperantă între medic şi pacient; pacientul - căruia i se explică decursul actului chirurgical - "participă" la operaţie şi la sfârşitul ei are "un moral de învingător", considerând succesul acupuncturii ca un "triumf asupra durerii şi bolii", ca o "victorie asupra propriilor deficienţe". Pregătirea ideologică este refăcută în ora care precede operaţia. Pacientul este bucuros să accepte o tehnică populară şi care face parte dintr-o medicină pusă în slujba maselor.

Anexă: "Magnetismul animal" şi fenomene înrudite

Deşi există forme de trecere între hipnotism şi aceste fenomene, cele două aspecte de influenţe interpersonale nu pot fi înglobate indistinct în cadrul *psihoterapiei*.

"Magnetismul" premesmerian folosea, probabil, - ca şi o mulţime de mijloace terapeutice din toate timpurile - sugestia, dar tehnicile lui Mesmer (între 1775 şi 1785) erau mai complexe, făcând apel nu numai la autosugestie, ci şi la forţe personale obscure, capabile să se amplifice prin şedinţe colective şi care duceau, nu atât la somn, cât la crize convulsive în *stare trează*. În timp ce hipnoza face din om un automat maniabil de către hipnotizator, "magnetizarea" încearcă să transmită pacientului influenţe personale biotrofice, *mâinile* fiind "emiţătorul" preferat al unor fluide (?), radiaţii (?), emanaţii (?) caracteristice, care acţionează şi direct, *local*, asupra părţii bolnave. Astăzi se vorbeşte de "câmpuri" biologice, ale materiri biostructurate *(biosic* sau *noesic)* (Macovschi). Străduinţele celor ce se ocupă cu "magnetismul animal" sunt evidenţierea unor acţiuni obiective şi asupra animalelor, plantelor, corpurilor neanimate (care prin "magnetizare" ar căpăta însuşiri biochimice şi biofizice noi). "Magnetizarea" indusă nu pare să depindă de însuşirile magnetice sau electrice ale substanţei; în general, aparatele electromagnetice nu sunt influenţate de către influx, dar desfăşurarea unor fenomene magnetice ar putea fi perturbată (?). Apa "magnetizată" ar dobândi alte însuşiri biologice (în ce priveşte germinarea seminţelor, întreţinerea activităţii organelor *in vitro* etc.) şi este utilizată ca "medicament" (influenţarea apei este incriminată încă de prin 1840). Starea psihologică a bolnavului poate condiţiona efectele şedinţei, dar consimţământul său (sau speranţa, credinţa etc.) nu sunt absolut necesare pentru obţinerea efectului. Modificările organice pot fi influenţate mai puternic decât starea subiectivă a pacientului. De obicei, pacientul sesizează acţiunea "magnetizorului" graţie unor senzaţii care amintesc de cele date de curentul electric (de unde şi răspândirea tremenului de "biocurenţi"). Capacitatea de a "magnetiza" ar depinde de exerciţiul voinţei, de conduita morală, de aspiraţiile etice etc.

Tehnica "magnetizării" foloseşte de obicei aşezarea mâinilor *loco dolenti* (chirotetia), pasele magnetice (în care mâinile nu ating corpul, ci se mişcă de-a lungul său), "iradierea" prin degete, "suflarea" etc. Biserica catolică a canonizat 34 astfel de vindecători, considerând că anumite fenomene parapsihice sunt miracole... Şedinţele, de circa 30 minute, duc la manifestări de tipul: transpiraţie, tremor, oboseală, somn, letargie etc. "Transmiterea" influxului se poate face şi prin metoda "mână la mână" sau "ochi la ochi", dar şi de la distanţă.

Operatorii sunt deseori capabili să stabilească *diagnostice* prin simpla explorare superficială cu mâinile. Această "defectoscopie" se întinde de la tulburări funcţionale de auz sau nevralgii până la tumori, calculoză vezicală etc. şi - ceea ce este foarte bizar - şi la afecţiuni din trecut. O anumită "identificare" cu pacientul permite operatorului să "preia" asupra sa suferinţele bolnavului. De fapt, parte din aceste fenomene fac parte din telepatie: s-a numit *simpatism organic* capacitatea unor somnambuli de a "suferi" durerile unor persoane asemănătoare sau îndepărtate şi de a diagnostica boli. Încă primul somnambul studiat de Puységur (1784), simplu ţăran incult, a putut să-şi descrie exact boala de care suferea şi să-şi indice remediile care l-au vindecat. Emulii lui Puységur au mai descoperit fenomenul de *autoscopie* - adică viziunea organelor interne (proprii sau ale altora) şi *transpoziţia simţurilor* (de exemplu, un subiect auzea prin epigastru şi vedea prin vârful degetelor). După Sollier (1903), autoscopia internă este bazată pe cenestezie: senzaţii cenestezice sunt traduse în termeni vizuali. Comar (1901) a descris un caz în care subiectul şi-a putut "diagnostica" prezenţa în apendice a unui fragment de os, care a produs o inflamaţie intestinală; altul, în care subiectul şi-a putut urmări progresiunea către evacuare a unui ac înghiţit. E. Servado (1954) crede că fenomenele "supranormale" se produc atunci când în faţa obstacolelor întâlnite, anumite mecanisme de apărare, psihologice sau psihofiziologice ale Eului corporal sau mental, destinate să integreze şi să protejeze viaţa noastră afectivă, nu funcţionează cum trebuie. Se restabilesc astfel, momentan, căi de expresie şi mijloace de comunicare mai primitive (regresie). Ansamblul fenomenelor *psi* se

conectează cu pături profunde ale inconştientului, care scapă tendinţelor evolutive spre individuaţie, spre aprehensiunea precisă a timpului şi a spaţiului, spre dezvoltarea facultăţilor intelectuale, spre percepţia strict senzorială. Rhine a introdus termenul de "percepţie extrasenzorială" şi pe cel de "psihokinezie". Asemenea achiziţii, care caracterizează fiinţele superioare, sunt menţinute prin mecanisme mentale şi cerebrale care pot regresa momentan sau se pot dezintegra.

*

Pentru noi, este de mare importanţă faptul evidenţiat de P. Janet în 1884: există "sugestii care acţionează nu asupra gândirii somnambulului, ci asupra corpului său". Charot, Bernheim, Beaunis, Janet au obţinut arsuri prin sugestie (cu bulă şi crustă), la *locurile indicate*. "Aplicând" un sinapism imaginar pe burta unei paciente, P. Janet a constatat că roşeaţa avea forma unui dreptunghi cu colţurile tăiate; or bolnava a explicat că, de obicei, ea tăia colţurile sinapismelor. În experienţe succesive, P. Janet a putut să stabilească că ideea preconcepută a formei sinapismului a determinat dimensiunea şi forma roşeţei (în S, în stea). Cităm experienţele de *dermatografie* ale lui Crookes, Osty: pe piele (braţ, piept) pot apărea literele şi desenele sugerate sub forma unor zone geometrice de vasodilataţie. P. Janet, Myers, Rochas au publicat cazuri de *stigmate sanguinolente* apărute la extaticii religioşi prin reprezentarea vie a patimilor lui Hristos. Ele fuseseră descrise încă din Evul Mediu. Sunt fenomenele pe care Sudre le-a numit *ideoplastice*.

Acest grup de fenomene *psi* se încadrează perfect în relaţiile patogene psihosomatice. Cum fenomenele *psi* se definesc (imperfect) şi prin caracterul lor - deocamdată inexplicabil şi "misterios" - *ideoplastia* pozitivă, terapeutică, corespunde semantic la o "vindecare miraculoasă".

Bibliografie

ADAMS G. F. and HURWUTZ L.S., Mental Bariers to Recovery From Strokes. "The Lancet", 1963/2, nr. 7307, p. 533.

ADER R., Psychoneuroimmunology, Academic Press, New York, 1991.

ADO A. D., Problema calităţii în patologie, în vol. *Probleme filosofice ale medicinii.* Ed. Medicală, Bucureşti, 1963, p. 53.

ALEXANDER F., *La médicine psychosomatique.* Payot, Paris, 1952.

ALEXANDER F. and ROSS H., *The impact of Freudian Psychiatry.* Univ. of Chicago, 1961.

ALEXANDRU SEN., *Educaţie şi terapie.* Ed. Didactică şi Pedagogică, Bucureşti, 1978.

ALLPORT G. E., *Personality and Social Encounter.* Beacon Press, Boston, 1964.

ALLPORT G., *Pattern and Growth in Personality.* New York, 1965.

ALTEN E. H., The Psychology of Handwriting and its Importance to the Psychiatrist. "Med. Rec.", 1939, vol. 150, p. 71.

* * * L'angoisse, aspects qualitatifs. "Ciba revue", Basle, 1976.

ANDREOLI A., Psycho-immunologie – Les cahiers medico-sociaux, vol. 34, nr. 2, Ed. Médicine et Hygiène, Genève, Suisse, 1990.

ANHOFER H., *Aberglaube und Hexenwahn Heute.* Herder, Freiburg, 1960.

ANSELL BARBARA (ed.), *Rheumatism and Psyche.* H. Huber, Bern-Stuttgart-Vienna, 1976.
ANTONELLI F., Cadre nosologique du rhumatisme psychosomatique. "Méd. et Hyg", 1967, nr. 766, p. 155.
ARGYLE M., *The Psychology of Interpersonal Behavoir.* Penguin Books, Harmondsworth, 1967.
ARNOLD M. B., *Emotion and Personality.* Vol. II. Columbia Univ. Press, New York, 1960.
ARSENI C., GOLU M., DĂNĂILĂ L., ALEXIANU D., Conştiinţa, conştienţa şi tulburările ei prelungite. "Neurol., pshi., neuro-chir.", vol. 21, 1976, nr. 4, p. 241.
ARSENI C. şi OPRESCU I., *Durerea.* Ed. Academiei R.S.R., Bucureşti, 1965.
ASCHNER A., *Die Konstitution der Frau.* München, 1924.
ATHANASIU A., *Bazele ştiinţifice ale grafologiei.* Teză. Facultatea de medicină, Bucureşti, 1949.
ATHANASIU A., Psihologia medicală. "Med. Internă", 1958, an. 10, nr. 6, p. 801.
ATHANASIU A., Terapia prin muzică. "Muncitorul sanitar", 1966, an. XVII, nr. 14, p. 1.
ATHANASIU A., Scris şi personalitate, Ed. Ştiinţifică, 1970.
ATHANASIU A. şi colab., *Psihologie şi medicină.* 2 vol. Ed. USSM, Bucureşti, 1972.
ATHANASIU A., Medicina şi muzica. Ed. Medicală, 1986.
ATHANASIU A., Chronopsihologia. Med. Modern. 1995, vol. II, nr. 10.
ATHANASIU A., Tratat de grafologie. Cunoaşterea personalităţii prin scris. Ed. Humanitas, 1996.
ATHANASIU A., Suferinţă şi creaţie. Influenţa suferinţei şi a bolii asupra personalităţii şi a operei. Ed. Tehnică, 1998 (în curs de apariţie).
ATHANASIU A. şi RADU C., Grafologia criminalistică. Tendinţa criminală în scris. Ed. Paco, 1996.

BADIN P., *Problèmes de la vie en groupe.* P.U.F., Paris, 1965.
BALINT M., *Techniques psychothérapeutiques en médecine.* Payot, Paris, 1966.
BALTRUSCH H. J. F., und Austarheim K., Psyché – Nervensystem – Noeplastischer Prozess. "Psychosom. Med.", 1963, vol. 9, nr. 4, p. 299 şi vol. 10, nr. 1, p. 3.
BALLIEUX R. R. Psyche and immuneresponse. Fisons Summary Service Wendnesday May 22 EAACI, Congres Zürich, 1991.
BARBARIN G., *Der Tod als Freund.* Stuttgart, f.a.
BARTHON TH. R., *Religions Doctrine and Medical Practice.* C. Thomas, Springfield, 1958.
BARUK H., *Précis de Psychiatrie.* Masson. Paris, 1950.
BARUK H., *La désorganisation de la personalité.* P.U.F., Paris, 1952.
BARUK H., *Les thérapeutiques psychiatriques.* P.U.F., Paris, 1955.
BARUK H., Les causes cérébrales et les causes chimiques des psychoses. "Stud. cercet, neurol.", 1960, vol. 5, nr. 2-3, p. 117.
BASH K. W., *Lehrbuch der Allgemeine Psychopathologie.* Thieme, Stuttgart, 1955.
BAUMGARTEN F., Der weltgelbundene und der lebensgebunkiene Typus. "Arbeit und Leistung", 1966, vol. 20, nr. 7/8, p. 119.
BAVET P., Existe-t-il une psychologie du malade hospitalisé? "Présences", 1980, nr. 4, p. 121.
BAYET R., Psychopathologie et évolution sociale, în vol. *L'homme moderne et sa santé.* Ed. de l'Avenir, Asnières, 1966.
BĂLĂCEANU C. şi NICOLAU ED., *Personalitatea umană - o interpretare cibernetică.* Ed. Junimea, Iaşi, 1972.
BĂLĂNESCU ŞT., Nevroza şi metafizica. "Tribuna", 1967, an. 11, nr. 36 (533), p. 4.
BEATTY S. A., LEGEWIE H. (ed.), *Biofeedback and Behavoir.* Plenum Press, New York-London, 1977.
BEECHER H. N., The powerful Placebo. "J. Amer. Med. Assoc.", 1955, vol. 159, p. 1602.
BELCIUGĂŢEANU C., Caracter şi nevroză. "Neurol., psihiatria, neurochirurgia", 1959, nr. 5, p. 451.

BELCIUGĂŢEANU C., Probleme de interferenţă şi dinamică sindromologică în nevroze. "Neurol., psihiatria şi neurochirurgia", 1966, vol. 11, nr. 2, p. 105.
BERAR P. şi PÂNZARU P. (sub redacţia), *Studii de sociologie şi psihologie socială*. Ed. Politică, Bucureşti, 1968.
BERENDES J., Musik und Medizin. "Ciba Zeitschrift", 1961, nr. 8/9, p. 100.
BEREZIN M. A. and CATH ST. H. (ed.), *Geriatric Psychiatry*. Intrenat. Univ. Press, New York, 1965.
BERGER G., *Questionnaire caractérologique pour l'analyse d'un caractère individual*. P.U.F., Paris, 1950.
BERGES J., *Les gestes el la personnalité*. Hachette, Paris, 1967.
BEUGNET-LAMBERT C., LANCRY A., LECONTE P., Chronopsychologie. Rythmes et activités. Humaines-Press Univ. de Lille, 1988.
BIBERI I., *Thanatos*. Ed. Fundaţiilor, Bucureşti, 1936.
BIBERI I., *Funcţiile creatoare ale subconştientului*. Ed. Fundaţiilor, Bucureşti, 1938.
BIBERI I., *Individualitate şi destin*, vol. 1-2, Ed. Fundaţiilor, 1945.
BINDER H., *Die menschliche Person*. Ed. Huber, Bern-Stuttgart, 1964.
BINET A., *La vie sexuelle de la femme*. Expansion scientifique française, Paris, 1932.
BINET L. et VALLÉRY-RADOT P., *Médicine el littérature*. Ed. Expansion scientifique francaise, Paris, 1965.
BIONDI M., Stress, sistema nervoso centrale e sistema immunitario, Med. Psicoson, 22/53, 1977.
BIRKMAYER W. (herausg.), *Anfall-Verhalten-Schamerz*. H. Huber, Bern-Stuttgart-Wien, 1976.
BÎKOV K. M., *Scoarţa cerebrală şi organele interne*. Ed. de Stat, Bucureşti, 1952.
BÎKOV K. M. şi CURŢIN T., *Bolile cortico-viscerale*. Ed. de Stat, Bucureşti, 1952.
BLAALOCK J. E., BERT K. L., Neuro-immuno-endocrinology, Karger, Basel, 1988.

BLÉCOURT J. de (ed.), *Patient compliance*. H. Huber, Bern-Stuttgart-Vienna, 1979.
BLEULER E., *Lehrbuch der Psychiatrie*. Springer, Berlin, 1930.
BLEULER M., *Endokrino-Psychiatrie*. G. Thieme, Leipzig, 1955.
BOGDANOVICI L., *Însemnările unui psihiatru*. Ed. Cartea Rusă, Bucureşti, 1958.
BOLGERT M., La médecine pychosomatique existe-t-elle? "Cahiers Coll. Méd. Hôp. Paris", 1965, vol. 6, nr. 4, p. 293.
BOLGERT M. et SOULÉE M., Etude clinique et psychosomatique de 200 cas de psoriasis. "Sem. Hôp.", 1955, nr. 22, p. 1251.
BOLOGA V., *Vrăji, doftoroaie şi leacuri băbeşti*. Ed. SRSC, Bucureşti, 1956.
BRĂTESCU GH., *Etica medicală*. Ed. ştiinţifică, Bucureşti, 1969.
BRATKO A. A. i KOCERGHIN A. N., *Informaţia i psihika*. Izd. Nauka, Novosibirsk, 1977.
BRÂNZEI P., *Itinerar psihiatric*. Ed. Junimea, Iaşi, 1975.
BRÎNZEU P., *Educaţia estetică în chirurgie*. Ed. Didactică şi Pedagogică, Bucureşti, 1966.
BRÎNZEU P., *Curs de cultură medicală*. Inst. de Med. Timişoara, 1967.
BRÎNZEU P., GAVRILESCU ŞT., FRÄNKEL-GORO E. şi LEVIN S., *Discuţii pe marginea grefelor de inimă*. Inst. de Medicină, Timişoara, 1969.
BRUN S., *La main et l'esprit*. P.U.F., Paris, 1963.
BRÜNER W., La psicologia della scriitura e le sue relazioni con la psicopatologia. "Rív. Psicol. Scritt.", 1966, vol. 12, nr. 2, p. 147.
BUGARD P., *La fatigue*. Masson, Paris, 1960.
BUGARD P., *L'usure par l'existence*. Masson, Paris, 1964.
BÜHLER CH. and MASSARIK F., *The Course of Human Life*. Springer, New York, 1968.
BÜHLER CH., *Der menschliche Labenslauf als psychologisches Problem*. Hirzel, Leipzig, 1933.
BÜHLER CH., Le cours de la vie à travers les biographies. "J. Social. Psychol.", 1933, vol. 19, p. 405.
BÜRGER M., *Die Hand der Kranken*. Lehmann, München, 1956.

BUYTENDIJK S. S., *La femme – ses modes d'être, de paraître, d'exister.* Desclée de Bouver, Paris, 1967.
CAILLE F., *Caractères et écritures.* P.U.F., Paris, 1957.
CANGUILHEM G., *Le normal el le pathologique.* P.U.F., Paris, 1966.
CARTON P., *Diagnostic et conduite des tempéraments.* Maloine, Paris, 1926.
CARREL AL., *L'homme, cet inconnu.* Plon, Paris, 1935.
CATTELL R. B., *The Description and Measurement of Personality.* Yonkers, New York, 1946.
CEPÎLOV F., *Povestiri despre chirurgi.* Ed Tineretului, Bucureşti, 1954.
CHERTOK L., *L'hypnose.* Masson, Paris, 1959.
CHERTOK L., *Les méthodes psychosomatiques d'accouchement sans douleur,* Exp. Scient. Française, Paris, 1958.
CINOTTI W. R., GRIEDER A., SPRINGOB H. K., *Applied Psychology in Dentistry.* C. V. Mosby, Saint Louis, 1972.
CIOFU I., GOLU M., VOICU C., *Tratat de psihofiziologie.* Vol. I. Ed. Acad. R.S.R., Bucureşti, 1978.
CLAUSEN S. A., The Sociology of Mental Illness, în sol. *Sociology today – Problems and Prospects.* Basic Books, 1959, p. 485.
COHEN J., CULLEN J. W., MARTIN L. R., Psychological aspects of cancer, Raven Press, New York, 1982.
COLLIER R. M., The Role of Affect in Behavoir, "J. Indiv. Psychol.", 1966, vol. 22 nr. 1, p. 3.
COLONAŞ FL., Rolul aspectului psihologic în reuşita tratamentului stomatologic. "Rev. Psihol.", t. 25, 1979, nr. 1, p. 91.
CONDRAU G., *Psychosomatik der Fraunenheilkunde.* Huber, Bern-Stuttgart, 1965.
CONDRAU G., Problèmes psychosomatiques en gynécologie. "Méd. et Hyg." 1967, nr. 766, p. 153.
CONRAD K., *Der Konstitutionstypus als genetisches Problem.* Berlin, 1941.
CORMAN L., La morpho-physiologie, în *Encyclopédie Psychologique,* vol. I, Paris, p. 82.

CORNIER A., Introduction à la médecine psychosomatique, "Cah. Biothér.", 1964, nr. 3, p. 133.
COTTRAUX J., Psychosomatique et médecine comportamentale, Masson, Paris, 1981.
COTTRAUX J., Les therapies comportamentales et cognitives, Ed. Masson, Paris, 1990.
COUÉ E., *Stăpânire de sine.* Ed. 3. Cultura Românească, Bucureşti, f.a.
CUCU C. I., *Manifestări psihiatice în clinica medicală.* Ed. Litera, Bucureşti, 1977.
CUCU C. I., *Psihologie medicală.* Ed. Litera, Bucureşti, 1980.
DAMILANO S., Importanţa culorii în mediul spitalicesc. "Bul. Informare C.D.M.", 1967, nr. 2, p. 152.
DANIAUD S., *Stimulothérapie cutanée.* Maloine, Paris, 1964.
DAVIDESCU G., *Pe paleta vieţii.* Ed. Ştiinţifică, Bucureşti, 1965.
DEBRAY S. R., *Le malade et son médecin.* Flammarion, Paris, 1965.
DEBRAY Q., Les personnalités pythologiques selon une approche cognitive et thérapeutique. Ed. Masson, Paris, 1995.
DELAY J., PICHOT P., *Abrégé de psychologie à l'usage de l'étudiant.* 3 ed Masson, Paris, 1967.
DELORE P., *Introduction à la médecine de l'homme en santé et de l'homme malade.* Masson, Paris, 1944.
DELLI PONTI M., LUBAN-PLOZZA B., Il terzo orecchio – Musica e psiche centroscientifico, Tarinese, 1986.
DEBENEDETTI E., *Conoscenza ed errore in medicina.* Minerva medica, Torino, 1959.
DE M'UZAN, La médecine psychosomatique, în *Encyclopedie de Psychologie.* Nathan, Paris, 1962. T.I., p. 72.
DIEPGEN P., *Frau und Frauenheilkunde in der Kultur des Mittelalters.* Thieme, Stuttgart, 1963.
DIMITRIU C. GH., Dimensiunea psihologică a medicinii, "Contemporanul", 1964, nr. 43 (941), p. 7.
DIMOND ST. S. and BLIZARD D. A. (ed.), *Evolution and lateralization of the brain.* "Ann. N. Y. Acad. Sci.", vol. 299, 1977.

DONGIER M., Spécificité et non-spécificité en psychosomatique cardiovasculaire. "Méd. Et Hyg.", 1967, nr. 766, p. 156.
DUBLINEAU S., Reflexions sur la psychologie de la sénéscence. "Ann. Méd.-psychol.", 1948, t.1, p. 323.
DUBLINEAU S., *Les grandes crises de l'enfance.* Ed. Blond, Paris, 1947.
DUMAS G., *Nouveau traité de psychologie,* t. III, Alcan, Paris, 1932.
DUMITRESCU-POPOVICI I., Simţul clinic. "Acta med. rom.", 1946, vol. 19, nr 3-4, p. 256.
DUMBAR F., *Emotion and Bodyly Changes.* Columbia Univ. Press, New York, 1947.
DURMIŞIAN M. G., *Învăţăturile lui I. P. Pavlov, baza dezvoltării ştiinţei medicale contemporane.* Ed. de Stat, Bucureşti, 1953.
DUYCKAERTS FR., *La notion de normal en psychologie clinique.* Vrin, Paris, 1966.
EDMONSTON W. E. (ed.), Conceptual and investigative approaches to hypnosis and hypnotic phenomena. "Ann. N. Y. Acad. Sci.", vol. 296, 1977.
EITNER S., *Gerohygiene.* Ed. Volk und Gesundheit, Berlin, 1966.
ELSDON-DEW R. W., WINK C. A. and BIRDWOOD G. F. B. (ed.), *The Cardiovascular, Metabolic and Psychological Interface.* Academic Press, London, 1979.
ELIADE M., *Fragmentarium.* Ed. Vremea, Bucureşti, 1939.
ENĂTESCU V. et CODREANU L., à communication dans le dialogue médecin-malade et le role de la communication extra-verbale. 8 Congr. Int. Cybernétique, Namur, 1976, p. 927.
ENKE W., *Die Psychomotorik der Konstitutionstypen.* Barth, Leipzig, 1930.
ERMIANE M. et GUILHOT M., Dynamique des expressions du visage et des mouvements associés de la tête dans les psychoses el les nevroses. "Biol. Méd.", 1961, vol. 50, p. 353.
ETIOPE S., Elementi di psico-oncologia generale e ginecologica, Piccin, Padova, 1989.
EVANS A. E. and EDIN S., If a Child must die. "New England J. Med.", 1968, vol. 278, p. 138.

EY H., BERNARD P., BRISSAT CH., *Manuel de psychiatrie.* Masson, Paris, 1963.
EYSENCK H. S., *Les dimensions de la personalité.* P.U.F., Paris, 1950.
EYSENCK H. S., *Crime and Personality.* Routledge-Kegan Paul, London, 1965.
EYSENCK H. S., *Die Ungleichheit der Menschen.* List, München, 1975.
FÄHRMANN R., *Die Deutung des Sprachausdrucks,* Bouvier, Bonn, 1960.
FELDMAN R.S., Social Psychology, Mc Graw Hill, New York, 1985.
FERRABOUC CL., Psychologie et hygiène, în *Encyclopédie de Psychologie,* vol. I, 1962, p. 204.
FERVERS C., *Der Ausdruck des Kranken.* Lehmann, München, 1935.
FERVERS C., *Schmersbetäubung und Seelische Schonung.* Enke, Stuttgart, 1940.
FODOR O. (sub red.), *Biologie şi vârstă.* Ed. Dacia, Cluj, 1971.
FOIX P., *La graphologie dans le monde moderne.* Payot, Paris, 1959.
FORD D. N. and URBAN H. B., Psychotherapy, în "An. Rev. Psychol.", 1967, vol. 18, p. 333.
FORGUE E., *Au seuil de la chirurgie.* Doin, Paris, 1927.
* * * *Formes de la douleur.* Ciba-Geigy, Basel, 1976.
FOUGERAT E., *Le dictionnaire des visages.* Ed. Techniques et artistiques, Paris, 1949.
FRAMBILLA F., BRIDGES P. H., ENDRÖCZI E., HEUSER G. (ed.), *Perspectives in endocrine psychobiology.* Akad. Kiadó, Budapest, 1978.
FRAISSE P. et PIAGET J., *Traité de Psychologie expérimentale.* P.U.F., Paris, 1963.
FRAISSE P., Eléments de chronopsychologie, Le Travail humain, 1980.
FRANC L., *L'ésprit et les glandes.* Debresse, Paris, 1960.
FRANCES R., *Le perception de la musique.* J. Vrin, Paris, 1958.

FRANCSTEIN S., *Reflexele organului lezat.* Ed. de Stat, Bucureşti, 1954.
FRANK S. D., Les facteurs curatifs des psychothérapies, "Med. Prisma" nr. 2, Böhringer, Ingelheim, 1975.
FRANKL V. E., Grundriss der Existenzanalyse und Logotherapie, în *Hdbch. Der Neurosenlehre,* Urban – Schwarzenberg, München-Berlin, 1953, Ed. III, p. 633.
FREUD S., *La psychopathologie de la vie qoutidienne.* Payot, Paris, 1924.
FRIEDEMANN A., Schicksalsanalytische Gesichtspunkte in der Psychotherapie, în *Haben der Neurosenlehre,* vol. 3, Urban – Schwarzenberg, Wien-München, 1959, p. 335.
FRONESCU E., *Erori de diagnostic în medicina internă.* Ed. Medicală, Bucureşti, 1970.
GAVRILIU L., S. Freud sau dreptul la adevăr, în S. Freud, *Opere alese,* Ed. Didactică şi Pedagogică, 1980, p. 7.
GEBSATTEL E. V., *Prolegomena einer medizinische Anthropologie.* Springer, Berlin-Göttingen-Heidelberg, 1954.
GELLHORN E. A., LOOFBOURROW G. N., *Emotions and emotional disorders.* Hoeber, New York, 1963.
GHEORGHIU VL. A., Betrachtungen über Suggestion und Suggestibilität. "Scientia", sept.-oct. 1972, Milano.
GHIŢESCU GH., *Anatomie artistică,* vol. III, Ed. Meridiane, Bucureşti, 1965.
GLASER B. G. and STRAUSS A. L., *Awareness of Dying.* Aldine Publ., Chicago, 1965.
GOIA I., Să învăţăm din greşelile de diagnostic! "Muncitorul sanitar", 1967, an 18, nr. 16 (880), p. 1.
GOLU M., *Natura şi bazele neurofiziologice ale psihicului.* Ed. Ştiinţifică şi Enciclopedică, Bucureşti, 1980.
GROTJAHN A., *Ärtze als Patienten.* G. Thieme, Leipzig, 1929.
GUILFORD J. P., *Personality.* Mc Graw Hill, New York, 1959.
GULIAN C. I., *Sensul vieţii în folclorul românesc.* ESPLP, Bucureşti, 1957.

GULIAN C.I., *Originile umanismului şi ale culturii.* Ed. Acad. R.S.R., Bucureşti, 1967.
GUTTENBERG O. E., The Meaning of Death in Medical Theory. "Stanford Med. Bull.", 1959, vol. 17, p. 165.
GÜNTHER J., Timide plaidoyer en faveur de l'hypochondrie. "Symp. Ciba", 1962, vol. 10, nr. 1, p. 38.
HANSEMANN D. von, *Der Aberglaube in der Medizin.* 2 Aufl. Teubner, Berlin, 1914.
HAYNAL A. et PASINI W., *Abrégé de Médecine psychosomatique.* Masson, Paris, 1978.
HAZERMANN R. H., Exigences psychologiques dans les services hospitaliers de convalescence. VIII Coll. intern. psychol. méd., genes, 1965, p. 21.
HEISER V., *L'extraordinaire odysée d'un médecin.* Ed. Corrêa, Paris, 1938.
HELD R. R., *De la psychanalyse à la médecine psychosomatique.* Payot, Paris, 1968.
HEYMANS G., *La psychologie des femmes.* Alcan, Paris, 1925.
HILL A., *L'art contre la maladie.* Vigot, Paris, 1947.
HIRT M., ROSS W. D., KURTZ R. and GLESER G., Attitudes to body products among normal subjects. "J. abnorm. Psychol.", 1969, vol. 74, nr. 4, p. 486.
HUDSON R. P., Polypharmacy in twentieth century America, "Clin. Pharmacol. Therap.", 1968, vol. 9, nr. 1, p. 2.
HURLOCK E., *Child development.* Mc Graw Hill, New York, 1964.
* * * L'image du médecin vue par des adolescents. Ed. Ciba-Geigy, Basel, 1980.
IAMANDESCU I. B., Stressul psihic şi bolile interne. Ed. All, Bucureşti, 1993.
IONESCU G., *Introducere în psihologia medicală.* Ed. Ştiinţifică, Bucureşti, 1973.
IONESCU G., Criteriile şi coordonatele sănătăţii medicale. "Neurol., psihiatr., neurochir.", 1979, vol. 24, nr. 2, p. 81.
IONESCU G., Psihoterapia prin condiţionare. "Analele Univ. Bucureşti, Psihologie", 1973, an 22, p. 133.

IONESCU G., Psihoterapiile condiţionării – replică modernă a psihanalizei clasice. "Neurol., psihiatr., neurochir.", 1973, vol. 18, nr. 6, p. 481.
IONESCU G., *Psihosomatica*. Ed. Ştiinţifică şi Enciclopedică, Bucureşti, 1975.
IONESCU G., *Ce este psihopatologia?* Ed. Ştiinţifică şi Enciclopedică, Bucureşti, 1979.
* * * L'irrationnel en médecine. "Documenta Geigy", Bâle, 1970.
IVANOV-SMOLENSKI A. G., *Studii de fiziopatologie a activităţii nervoase superioare*. Ed. de Stat, Bucureşti, 1951.
IVANOV-SMOLENSKI A. G., Despre studiul tipurilor de activitate nervoasă superioară la animale şi om. "Rev. şt. med. – med. internă", 1953, nr. 4, p. 9.
JASPERS K., *Allgemaine Psychopathologie*. 8 Aufl. Springer, Berlin, 1965.
JASPERS K., *Psychologie der Weltanschauungen*. Springer, Berlin, 1925.
JASPERS K., *Philosophie und Welt*. Piper, München, 1963.
JONCKHEERE P., Considération sur la psychothérapie. "Acta neurol. psychiat. belg.", 1965, vol. 65, nr. 9, p. 667.
JOST J., La musicothérapie. "Santé publique", 1960, p. 197.
JOST J., *Musique, psychologie et psychothérapie*. Ed. sociales, Paris, 1964.
JOUVE A., DONGIER M., DELSAGE M. et NAYAUD R., Recherches psychosomatiques en cardiologie. "Presse méd.", 1961, vol. 69, nr. 55, p. 2595.
KALMAR J.M., *Traitement homoepathique des troubles du psychisme et du caractère*. Doin, Paris, 1955.
KANATSOULIS A., *Psychologie du cardiaque*. Doin, Paris, 1961.
KAUFMAN M.R. and HEIMAN M (ed.), *Evolution of Psychosomatic Concepts. Anorexia nervosa: a paradigm*. Intern. Univ. Press, New York, 1964.
KAUPP D.K., Les malades que l'on ne vent pas guérir. "Le nouvel observateur", 1967, nr. 124, p. 68.

KERNBACH M., Orientarea medicinii moderne spre psihologie şi spre alte ştiinţe spirituale. "Rev. de Psihologie", 1943, vol. 6, nr. 1, p. 1.
KERNBACH M. şi ROMANESCU N., *Hotarul tradiţional şi legal al profesiunii medicale*. Tip. Transilvania, Cluj, 1935.
KIELHOLZ P. (ed.), *A therapeutic approach to the psyche via the betaadrenergic system*. Huber. Bern – Stuttgart – Vienna, 1978.
KLAGES L., *Die Grundlagen der Charakterkunde*. Barth, Leipzig, 1936.
KLAGES L., *Handschrift und Charakter*. 24 Aufl., Bonn, 1954.
KLOTZ H.P. et coll, La médecine psychosomatique existe-t-elle? "Cahiers Coll, Méd. Hôp. Paris", 1965, vol. 6, nr. 4, p. 277.
KOELSCH A., *Händle und was sie sagen*. Küssli, Zürich – Leipzig, 1929.
KONECCNY R., BOOCHAL M., *Psychologie v lekarstvi*. Avicenum, Praha, 1979.
KOURILSKI R., *La formation psychologique des médecins*. Ed. Maloine, Paris, 1964, p. 27.
KRAFT T.B., Stress ou surmenage? "Hexagone Roche", an 7, nr. 5, 1979, p. 1.
KRAFFT-EBING E. und MOLL A., *Psychopathia sexualis*. Payot, Paris, 1963.
KRAMER E., *Arttherapy in a Children Community*. C. Thomas, Springfield, 1958.
KRETSCHMER E., *Medizinische Psychologie*. * Aufl. G. Thieme, Stuttgart, 1951.
KRETSCHMER E., *Körperbau und Charakter*. ** Aufl. G. Thieme, Stuttgart, 1950.
KRIEGER D.T. and GANONG W.F., *ACHT and related peptides: structure, regulation and action*. "Ann. N.Y. Acad. Sci.", vol. 297, 1977.
KUDLIEN FR., Der Arzt des Körpers und der Arzt der Seele. "Ciba. Medica", 1968, vol. 3, p. 1.
LABORIT H., *Biologie et structure*. N.R.F., Paris, 1968.

LACROIX R., Médecine et musique. "La revue musicale", 1962, nr. [illegible], p. 27.

LASAGNE L., LATIES V.A. and DOHAN L.J., Further Studies on the Pharmacology of Placebo Administration. "J. Clin. Invest.", 1958, vol. 37, p. 533.

LAZARUS R.S., *Psychological Stress and the Coping Proces*. Mc Graw Hill, New York, 1966.

LEBEDINSKI M.S. i MIASIŞCEV V.N., *Vvedenie v mediţinkuiu psihologhii*. Izd. Mediţina, Leningrad, 1966.

LEDERER H.D., How the Sick view their World. "J. social Issues", 1952, vol. 8, p. 4.

LEIBBRAND W., *Heilkunde*. Alber, Freiburg – München, 1953.

LEFÈBVRE M., *Critiques de la vie quotidienne*. Ed. de l'Arche, Paris.

LEIFER R., Psychotherapy, Scientific Method and Ethics. "J. Psychother", 1966, vol. 20, nr. 2, p. 295.

LE NY F., Les réactions conditionnelles, în *Traité de Psychologie expérimentale*, vol. IV, P.U.F., Paris, 1964, p. 2.

LEONHARD K., *Personalităţi accentuate în viaţă şi în literatură*. Ed. Ştiinţifică şi Enciclopedică, Bucureşti, 1979.

LE SHAN L., An Emotional Life – history Pattern Associated with Neoplastic Diseases. "Ann. N.Y. Acad. Sci.", 1966, vol. 125, art. 3, p. 780.

* * * *Les troubles psychosomatiques*. OMS. Rapport technique nr. 275, 1964.

LEURET FR. et BON H., *Les guérisons miraculeuses modernes*. P.U.F., Paris, 1956.

LÉVY A., *Psychologie sociale – textes fondamentaux anglais et américains*. Vol. I, Dunod, Paris, 1965.

LEVY S.M., *Behavior and cancer. Life Style and psycho-social factors in initiation and progression of cancer*. Jossey-Bass, San Francisco, 1983.

LIUBINSKAIA A.A., *Die psichische Entwicklung des Kindes*. Volkund Wissen, Berlin, 1961.

LOOMIS F.M., *Das Band zwischen uns: der dritte Faktor*. Füssli, Zürich, 1942.

LORAS O., *La médecine de la personnalité*. Payot, Paris, 1956.

LUBAN-PLOZZA B. et PÖLDINGER E., *Le malade psychosomatique et le médecin praticien*. Ed. Roche, Bâle, 1974.

LUBAN-PLOZZA B., IAMANDESCU I.B., *Dimensiunile psihologice ale muzicii. Introducere în muzicoterapie*. Ed. Romcartexim, Bucureşti, 1997.

LUNGER M. u. SHAPIRO A., Iatrogene Schäden in Rahmen der Psychosomatischen Medizin, în D.M. Spain, *Iatrogene Krankheiten*. G. Thieme, Stuttgart, 1967, p. 287.

MACAVEI I., Importanţa ginecopatiilor funcţionale în medicina transporturilor. "Stud. cercet. med. (Cluj)", 1963, p. 209.

MAEDER A., *La personne du médecin, un agent psychothera-peutique*. Deslechaux et Niestlé, Paris, 1953.

MAJOCCHI A., *Printre bisturie şi foarfece*. Ed. Cioflec, Bucureşti, 1943.

MALESPINE E., La graphographie et ses applications, în *Traité de médecine biotypologique*. Doin, Paris, 1955.

MARCEL G., *Was erwarten wir von Artz?* Enke, Stuttgart, 1956.

MARINESCU GH., *Lourdes şi Maglavit*. Tip. Universul, Bucureşti, 1936.

MARTINY M., *Essai de biotypologie humaine*. Peyronnet, Paris, 1948.

MARTY P., de M'UZAN M et DAVID C., *L'investigation psychoso-matique*. P.U.F., Paris, 1963.

MASON J. W. et all., Organization of Psychoendocrine Mechanisms, "Psychosom. Med.", 1968, vol. 30, nr. 5, p. 565.

MARTHEY S., *Contribution à l'étude des balancement psychoso-matiques*. Thése. Vigot, Paris, 1938.

MAURIEL R., Les nevrosée de la température. "L'Express", 1966, nr. 809, p. 36.

MAY E., *Heilen und Denken*. Berlin, 1956.

MĂICĂNESCU M., SĂHLEANU V., IONESCU B., *Probleme de sexologie masculină*. Ed. Medicală, Bucureşti, 1958.

MĂRGINEANU N., *Psihologia persoanei*. Ed. II. Ed. Universităţii din Cluj, Sibiu, 1944.

MC DONALD R., The Effects of Personality Type on Drug Response. "Arch Gen. Psychiatry", 1967, vol. 17, p. 680.
MC KEON R., The Concept of Mankind and Mental Health. "Ethics", 1966, vol. 77, nr. 1, p. 23.
MC QUEEN D., Perspectives socio-culturelles dans la santé el la maladie. "Med. Prisma" nr. 4, Boehringer, Ingelheim, 1978.
MEAD S., The doctor has stroke. "The Lancet", 1963/2, p. 574.
MEERLOO J. A. M., Cancer et psyche. "Med et Hyg.", 1970, nr. 920, p. 945.
MELZACK R., Evolution of Pain Theories. "Anesthesiology", vol. 31, nr. 3, 1969, p. 203.
MELZACK R. and WALL P. D. Interaction of fast – and slow – conductivy fiber systems involend in pain and analgesia. Proc. 3 Int. Pharm. Meeting, 1966, vol. 9, p. 231.
MELZER H., *Der Einfluss der TBK auf das Seelenleben des Kranken*. Stuttgart, 1933.
MENG H., *Protection de la santé mentale*. Payot, Lausanne, 1944.
MENG H., *Psyche und Hormon*. Heber, Stuttgart, 1960.
MENNINGER K., *Theory of Psychanalytic Technique*. Ed. Science, New York, 1961.
MERGER R. et CHADEYRON P. A., *L'accouchement sans douleur*. P.U.F., Paris, 1964.
METCHNIKOFF E., *Essais optimistes*. Alcan, Paris, 1907.
MICHEL-WOLFROMM H., *Gynécologie psychosomatique*. Masson, Paris, 1963.
MIHĂILĂ I. şi colab., Cercetări privind solicitările organismului femeii în muncă, în gospodăria proprie. "Fiziol. norm. patol.", 1966, vol. 12, nr. 5, p. 459.
MIHU A., *Sociometria*. Ed. Politică, Bucureşti, 1967.
MILLENSON J. R., *Analysis of Behavior*. Wiley, New York, 1967.
MILLER H. P., Psycho-immunology, American Psychiatric Press, Washington DC., 1989.
MILVY P. (ed.), *The Marathon: psysiological, medical, epidemiological and psychological studies*. "Ann N. Y. Acad. Sci.", vol. 301, 1977.

MINKOWSKI E., *Traité de psychopathologie*. P.U.F., Paris, 1966.
MOISEEV V. I., *Cibernetica în biologie şi medicină*. Ed. Medicală, Bucureşti, 1962.
MONTAGNER H., Les rythmes de l'enfant et de l'adolescent. Ed. Stock, Pernoud, 1983.
MONTASSUT M. et LEROY CL., De quelques répercussions psychologiques et psychiatriques contemporaines. "Gazette méd. de France", 1962, t. 69, nr. 4, p. 1 107.
MOOR L., *L'écriture de l'enfant*. Sa psysiologie et ses troubles. "Gaz. Méd. France", 1965, vol. 72, p. 2 435.
MORALI-DANINOS A., *La psychologie appliquée*. F. Nathan, Paris, 1956.
MUCCHIELLI R., *Psilosophie de la médecine psychosomatique*. Montaigne, Paris, 1961.
MÜLLER O., *Grundsätzliches zum Kampf um ein besseres Arzttum*. Hippokrates-Verlag, Stuttgart – Leipzig, 1935.
MÜLLER-HEGEMANN D., Über das psychotherapeutische Minimum. "Stud. cercet. Neurol.", 1960, vol. 5, nr. 2-3, p. 371.
MURPHY G., *Personality*. Basic Books, New York, 1966.
NACHT S., Névrose et caractère. "Revur fr. psychanal.". 1966, vol. 30, nr. 3, p. 295.
NAUMBURG M., *Psychoneurosic Art: its Function in Psychotherapy*. Grum-Stratton, New York, 1953.
NEAGU BASARAB M., *Medici despre geniu*. Ed. Albatros, Bucureşti, 1976.
NEGREA ECATERINA, *Psihic şi hormoni*. Teză de doctorat. Univ. Bucureşti, 1975.
NEISWANDER E. C., To be or not to be: Suicide. "J. Assoc. Intern. Homeopat.", 1965, nr. 1-2, p. 42.
* * * Neural regulation of food and water intake. "Ann. N. Y. Acad. Sci.", 1969, vol. 157/2, p. 531.
NICHIFOR E. şi BOCÎRNEA C., *Muzica şi medicina*. Ed. Medicală, Bucureşti, 1965.
NICOLAU EDM. şi BĂLĂCEANU C., *Elemente de neurocibernetică* Ed. Ştiinţifică, Bucureşti, 1967.

NICOLLE CH., *Responsabilités de la médecine*. 2 série, Alcan, Paris, 1936.
NUNBERG H., *Practice and Theory of Psychoanalysis*, I. Internat. Univ. Press, New York, 1961.
NUTTIN J., RICHELLE M., Du temps biologique au temps psychologique. P.U.F., Paris, 1979.
OKINCZYK J., *L'humanisme médical*. Ed. Labergerie, Paris.
PALAISEUL J., *Au delà de la médecine. Tous les moyens de vous guérir interdits aux médecins*. Laffont, Paris, 1957.
PAMFIL ED. şi ODOBESCU D., *Psihologie şi informaţie*. Ed. Ştiinţifică, Bucureşti, 1973.
PANCHERI P. (sub. red.), Lo stress in psichiatria e in psico-somatica. Il pensiero scientifica, Roma, 1982.
PARHON C. I., *Psihozele afective*. Tip. Viaţa Românească, Iaşi, 1925.
PARHON C. I., *Edafologia sau ştiinţa terenului*. "Medicina Română", 1948.
PAUL B. D., *Health, culture and community*. Russel, New York, 1955.
PAUL H. A., Typenforschung in der Arbeitswissenschaft. "Arbeit und Leistung". 1966, vol. 20, nr. 7/8, p. 108-115.
PAULHAN FR., *Analystes et esprits synthétiques*. Alcan, Paris, 1928.
PAVELCU V., Caracterele afectivităţii. "An. de Psihologie", 1937, vol. 4, p. 204.
PAVELCU V., Probleme de tipologie. "Rev. de Psihologie", 1957, nr. 2, p. 25.
PAVELCU V., *Drama psihologiei*. Ed. Ştiinţifică, Bucureşti, 1965.
PAVELCU V., *Un profil psihologic al feminităţii*. Ed. Didactică şi Pedagogică, Bucureşti, 1971.
PAVESE C., *Meseria de a trăi*. EPLU, Bucureşti, 1967.
PAVLOV I.P., *Opere alese*. Ed. Academiei R.P.R., Bucureşti, 1952.
PAVLOV I. P., *Experienţa a douăzeci de ani în studiul activităţii nervoase superioare a animalelor*. Ed. Academiei R.P.R., Bucureşti, 1953.

PĂUNESCU-PODEANU A., *Bolnavi dificili*. Ed. Medicală, Bucureşti, 1969.
PEATNIŢCHI I., Metodologia diagnosticului medical, în vol. II din *Dialectica metodelor în cercetarea ştiinţifică*. Ed. Ştiinţifică, Bucureşti, 1966, p. 147.
PÉLIER Y., Le suicide, milieux et modèles. "Rev. Psychol. peuples", 1967, vol. 22, nr. 1, p. 47.
PENCIU P. (sub. red.), *Educaţia sanitară*. Ed. Medicală, Bucureşti, 1964.
PENDE N., *Tratatto di biotipologia umana, individuale e sociale*. Ed. Vallardi, Milano, 1939.
PENDE N. et MARTINY M. (ed.), *Traité de médecine biotypologique*. Doin, Paris, 1955.
PERVIN L. A., LEWIS M. (ed.) Perspectives in interactional psychology, Plenum Press, New York, 1978.
* * * Physionomie et communication. "Ciba revue", Bâle, 1975.
PICHOT P., Obsession et phobies. "La revue du praticien", 1965, t. 15, p. 759.
PICHOT P., Le malade imaginaire, "Med. Fr.", 1965, nr. 160, p. 11 şi 47.
PIÉRON H., Les besoins, în *Traité de Psychologie expérimentale*, vol. III, P.U.F., Paris, 1963.
PITTS F.N., The Biochemistry of Anxiety. "Scient. American", vol. 220, 1969, nr. 2, p. 69.
PÎRVU N., *Studii de psihologia artei*. Ed. Didactică şi Pedagogică, Bucureşti, 1967.
PLATONOV C. I., *Sugestia şi hipnoza în lumina învăţăturii lui I.P. Pavlov*. Ed. de Stat, Bucureşti, 1953.
PLUTCHIK R., What is emotion? "J. Psychol.", 1965, vol. 61/2, p. 295.
POLITZER G., *La crise de la psychologie contemporaine*. Ed. sociales, Paris, 1947.
POPA GR. T., Evoluţia unui om şi a unei ştiinţe. (Extras din) "Rev. Şt. Med.", Bucureşti, 1943.

POPESCU D., *Durerea – prieten şi duşman*. Ed. medicală, Bucureşti, 1960.
POPESCU GR. GR. şi RĂDULESCU S. M., *Socioologia medicinii*. Ed. Medicală, Bucureşti, 1976.
POPESCU-SIBIU I., *Psihanaliza*. Ed. Werther, Sibiu, 1947.
POPESCU-NEVEANU P., *Tipurile de activitate superioară la om*. Ed. Acad. R.P.R., Bucureşti, 1961.
POPESCU-NEVEANU P., *Dicţionar de psihologie*. Ed. Albatros, Bucureşti, 1978.
POROT M., *La spychologie des tuberculeux*. Delachaux et Nieslé, Paris – Neuchâtel, 1950.
PORTES L., *À la recherche d'une éthique médicale*. Masson, Paris, 1954.
POSTELNICU D., *Posibilităţile şi limitele endocrinologiei*. Ed. Academiei R.S.R., Bucureşti, 1973.
POSTELNICU D., Asistenţa psihologică în cancerul de sân, în *Cancerul sânului*. Cluj-Napoca, 1978, p. 369.
POSTELNICU D., CHIRA AL. şi SĂHLEANU V., *Introducere în gerontologie*. Ed. Acad. R.S.R., Bucureşti, 1969.
POTET M., Hygiène mentale. Le François, Paris, 1932.
PREDA GH., MINCU T., STOENESCU T., LUNGU M., Consideraţii asupra psihoterapiei şi în special asupra hipnozei, în *Probleme de psihiatrie*. Ed. Medicală, Bucureşti, 1957, p. 196.
PREDESCU V. (sub red.), *Psihiatrie*. Ed. medicală, Bucureşti, 1976.
PRESCOTT FR., *The Control of Pain*. The English, Univ. Press, London, 1964.
PRILL H. J., *Psychosomatische Gynäkologie*. Urban – Schwarzenberg, München, 1964.
PROKOP O. (ed.), *Medizinischer Okkultismus – Paramedizin*. 2 Aufl. Fischer, Jena, 1964.
* * * Psychologie clinique. "Bull. Psychol. Univ. Paris", vol. XXI, nr. 15-19 (270).
* * * *Psycho-physiological Aspects of Cancer*. "Ann. N. Y. Acad. Sci.", 1966, vol. 125, art. 3.
RALEA M., *Psihologie şi viaţă*. Ed. Fundaţiilor, Bucureşti, 1938.

RALEA M., *Explicarea omului*. Ed. Cartea Românească, Bucureşti, 1945.
RALEA M., şi HERSENI TR., *Introducere în psihologia socială*. Ed. Ştiinţifică, Bucureşti, 1966.
RAUH F., *Das sittliche Leben des Menschen im Licht der vergleichenden Verhaltensforschung*. Butzon – Bercker, Kevelaer, 1969.
RĂCEANU ILEANA, Mecanisme psihice în etiopatogenia colitei ulceroase. "Med. internă", 1969, nr. 9, p. 1103.
READER G.G. and GROSS N. E. W., The Sociology of Medicine, în vol. *Sociology today – Problems and Prospects*. Basic Books, New York, 1959.
REIMANN H., Die Gesellschaft und der Geisteskranke. "Social Psychiatry", 1969, vol. 4, nr. 3, p. 87.
REINBERG A., LABREQUE, SMOLENSKY M.H., Chronobiologie et chronothérapeutique. Ed. Flammarion, Paris, 1991.
RESTEN R., *Ecriture et malades*. Ed. la François, Paris, 1947.
RESTIAN A., De la pathologie moléculaire à la pathologie informationnelle. Agressologie, 1980, vol. 21. Nr. 3, p. 131.
RESTIAN A., *Elemente de patologie informaţională*. Ed. Dacia, Cluj-Napoca, 1977.
RESTIAN A., La neurocybernétique de la superisation ou les mécanismes cybernétiques de l'intelligence. Cybernetica, XXIII, nr. 3, 1980, p. 221.
RIESE W., *La pensée morale en médecine*. P.U.F., 1954.
ROFÉ J., *Orientări în higiena mentală*. Ed. Cioflec, Bucureşti, f.a.
ROŞCA AL., (sub redacţia), *Psihologie experimentală*. Ed. Didactică şi Pedagogică, Bucureşti, 1964.
ROTHSCHUH K., *Prinzipen der Medizin*. Urban – Schwarzenberg, München – Berlin, 1965.
ROUSSET S., Le malade mental est-il un adulte? în *Humaniser l'hôspital psychiatrique*. Ed. du Cerf, Paris, 1958.
RUBINSTEIN S. L., O meste psihiceskogo vo vseobşei vzainosveazi iavlenii materialnogo mira, in col. *Bîtie i soznanie*. Izd. Akad. Nauk. S.S.S.R., Moskva, 1957.

RUBINSTEIN S.L., *Existenţă şi conştiinţă*. Ed. Ştiinţifică, Bucureşti, 1962.
RUSSEK H. J., Emotional Stress and Coronary heart Disease in psysicians, *Psychosom. Med.*, 1960, vol. 4, p. 328.
SCHACHTER M., Profilul psihologic al T.B.C., *Analele de psihologie*, 1935, vol. 2, p. 132.
SCHADEWALDT H., Der Arzt vor der Frage von Leben und Tod. "*Klin Wschr*", 1969, vol. 47, p. 557.
SCHAEFFER H., La sociophysiologie. *Das med. Prisma*, nr. 6 Boehringer, Ingelheim, 1974.
SCHLEMMER A., Peut-on faire de la médecine générale sans faire de la psychothérapie? în vol. La formation psychologique des médecins. Ed. Maloine, Paris, 1964, p. 49.
SCHNEIDER K., Die psychopathischen Persönlichkeite. Deuticke, Wien, 1942.
SCHNEIDER P., Lebensglaube eines Arztes. Hirzel, Leipzig, 1921.
SCHNEIDER P. B., L'angoisse devant l'état de maladie, în vol. *Réactions psychologiques à la maladie*. Ed. Expansion scientifique française, Paris, 1963, p. 41.
SCHREIDER E., *Les types humains*. Ed. Hermann, Paris, 1937.
SCHULTE W., *Studien zur heutigen Psychotherapie*. Quelle – Meyer, Heidelberg, 1964.
SCHULTZ J. H., *Autogen Training*. G. Thieme, Stuttgart, 1939.
SCHULZE H., *Der progressiv domestizierte Mensch und seine Neurosen*. Lehman, München, 1964.
SCHWAB J.J. and HARMELING J.D., Body Image and Medical Illness, "Psychosom. Med.", 1968, vol. 30, nr. 1, p. 51.
SERANE S. et PÉAN CH., în vol. *Actualités de Vittel (Rein et Foie)*. VI., 1964.
SERGENT E., *Apologie de la clinique*. Doin, Paris, 1933.
SHERWIN A. C., A Consideration of the therapeutic Use of Music in Psychiatric Illness. "J. Nerv. Ment. Dis.", 1958, vol. 127, nr. 1, p. 84.
SIGERIST H. E., *Introduction à la médecine*. Payot, Paris, 1932.
SIMONOV P. V., O roli emoţii v prisposnobitelnom povedenii jivîh sistem. "Vopr. Psihol.", 1965, vol. 11, nr. 4, p. 75.

SIVADON p. (direct.), *Traité de psychologie médicale*. T. I-III. P.U.F., 1973.
SÎRBU AURELIA (sub red.), *Psihiatrie clinică*. Ed. Dacia, Cluj-Napoca, 1979.
SLATER M. K., Oedipus and Job in East Africa. "Trans. N. Y. Acad. Sci.", 1966, s. II, vol. 28, nr. 5, p. 644.
SPERANŢIA E., *Introducere în sociologie*. vol. I-II. Ed. Casa Şcoalelor, Bucureşti, 1944.
SPERANŢIA E., *Resorturile psihologice ale evoluţiei umane*. Ed. Universităţii, Cluj, 1947.
SPOERRI TH., Klinik und Ausdrucksphänomenologie, în vol. *Psyhologie und Psychiatrie*. Karger, Basel – New York, 1964, p. 185.
STEVENIN L., Psychopatologie de l'expression. "L'encéphale" (suppl.), nov.-dec., 1966, p. 1.
STERN E., *Le médecin et son patient*. Ed. Vitte, Lyon, 1960.
STERN W., *Allgemeine Psychologie*. Amsterdam, 1936.
STOESSEL ŞT şi OGODESCU D. S., *Omul şi universul informaţional*. Ed. Facla, Timişoara, 1978.
STOETZEL J., Psychologie sociale des âges. "Bull. de Psychol.", 1968, nr. 268, p. 721.
STOKVIS B., Psychosomatik, în *Handbuch der Neurosenlehre*. vol. 3. Urban – Schwarzenberg, Wien, 1959, p. 435.
* * * *Stress, Maladies de la civilisation et viellissement*. Symposium, Lab. Robert et Carière, Paris, 1975.
SUDRE R., *Traité de parapsychologie*. Payot, Paris, 1956.
SUSSER M. W. and WATSON W., *Sociology in Medicine*. Oxford Univ. Press, London, 1967.
SZONDI L., *Experimentelle Triebdiagnostik*. Huber, Bern, 1947.
ŞCHIOPU URSULA, DEMETRESCU RODICA şi ZLATE M. (coord.), *Dicţionar enciclopedic de psihologie*. 3 vol. Univ. Bucureşti, 1979.
ŞTEFĂNESCU-GOANGĂ FL., ROŞCA AL., CUPCEA S., *Adaptarea socială*. Inst. de Psihologie, Cluj, 1938.
TANCO T., *Un om în halat vişiniu*. E.P.L., Bucureşti, 1968.

TARASOV K. E., Despre caracterizarea gnoseologică şi logică a greşelilor de diagnostic, în vol. *Probleme filosofice ale medicinei*. Ed. Medicală, Bucureşti, 1963, p. 112.
TAYLOR P., Art as Psychotherapy. "Ann. J. Psychiatry", 1950, vol. 106, p. 599.
TEILLARD A., *L'âme et l'écriture*. Stock, Paris, 1948.
TENHAEFF W. H. C., *Aussergewöhnliche Heilkräfte*. Olten u. Freiburg, 1957.
TEODORU M., Aspecte psihice în endocrinopatii. "Rev. de psihol.", 1957, an. 3, nr. 1, p. 65.
TILITCHÉEF G., Essai sur la psychologie de la médecine. "Cahiers de Biothérapie", 1966, vol. 3, nr. 10, p. 68.
TORRIS G., *L'acte médical el le caractère du malade*. P.U.F., Paris, 1954.
TOURNIER P., *Médecine de la personne*. Ed. Delachaux et Niestlé, Paris.
TRAN-TONG, *Stade et concept de stade de développement de l'enfant dans la psychologie contemporaine*. Vrin, Paris, 1967.
TRILLAT R., Expériences de graphothérapie dans divers cas moteurs et psychiques. "Gaz. méd. de France", 1965, vol. 72, nr. 12, p. 2 453.
* * * *Troubles du comportement*. "Ciba revue", Basel, août 1972.
* * * *Tuberkulose - Lexikon*. G. Thieme, Leipzig, 1943, p. 139.
TUCKMAN J., Suicide and psysical Illness. "J. gen. Psychol.", 1966, vol. 75/2, p. 291.
TUTUNDJIAN O., La psychologie de G. Politzer. "Rech. intern. marxisme", 1966, vol. 9, nr. 51, p. 104.
UGHETTI G.B., *Medici şi clienţi*. Trad. H. Caufman. Tip. Modernă, Piatra Neamţ, 1910.
VAGO O. şi HAN S., *Psihoprofilaxia durerilor de naştere*. Ed. Medicală, Bucureşti, 1956.
VALABREGA J.P., *Les théories psychosomatiques*. P.U.F., Paris, 1956.
VALABREGA J.P., *La relation thérapéutique*. Ed. Flammarion, Paris, 1962.
VARIGNY H., *La mort et le sentiment*. Alcan, Paris, f.a.

VASCHIDE N., *Essai sur la psychologie de la main*. Ed. Rivière, Paris, 1909.
VAULTIER R., La musique et la médecine: la mélotherapie. "Presse méd.", 1954, nr. 37, p. 1187.
VĂTĂMANU N., *Reflexoterapia*. Ed. Orientarea, Bucureşti, 1934.
VINCENT J. CL., *Incidences des manifestations psycho-émotionnelles dans le déclenchement des crises de tachycardie ventriculaire*. Thèse, Lyon, 1971.
VEXLIARD A., Tempérament et modalités d'adaptation. "Bull. Psychol.", 1968, vol. 21, p. 531.
VIANU I., *Introducere în psihoterapie*. Ed. Dacia, Cluj, 1975.
VINTILĂ I., *Încleştarea cu moartea*. Ed. Tineretului, Bucureşti, 1965.
VINTILĂ I., *Cifrul suferinţei*. Ed. Tineretului, Bucureşti, 1967.
VITTOZ R., *Notes et pensée*. Ed. de Louvain, Paris, 1956.
VLAD C., *În domeniul inconştientului*. Tip. Luceafărul, Bucureşti, 1926.
VLAD T. şi VLAD C., *Psihologia şi psihopatologia comportamentului*. Ed. Militară, Bucureşti 1978.
VOICULESCU M. şi ANGHELESCU M., *Medici scriitori, scriitori medici*. Ed. Medicală, Bucureşti, 1965.
VOIVENEL H., *Le médecin devant la douleur et la mort*. Libr. des Champs Elysées, Paris, f.a.
VOUTSINAS D., En relisant Politzer. "Bull. de Psychol.", 1967, vol. 21, nr. 263, p. 169.
WARNER H. et WITTKOWER E. D., Psychosomatique transculturelle. "Med. Prisma", nr. 3, Boehringer, Ingelheim, 1975.
WEBB W.B., Biological rhythms; sleep and performance. Witley and sons, LTD, New York, 1982.
WEINTRAUB A., Reflexions psychosomatiques sur les maladies du dos. "Méd. et Hyg.", 1967, nr. 806, p. 1445.
WEISS J. M., Psychological Factors in Stress and Disease. "Scientific American", 1972, vol. 226, nr. 6, p. 104.
WEITBRECHT H. J., Über Hypochondrie. "Dtsch. med. Wschr.", 1951, vol. 76, nr. 10, p. 753.

WEIZSÄCKER W. von, Über serlische Einfüsse auf den Ablauf der Kreislanfkrankheiten, în *Aktuelle Kreislauffragen*. Steinkopf. Dresden – Leipzig, 1938, p. 125.
WEISÄCKER W. von, *Gestallkreis*. G. Thieme, Stuttgart, 1950.
WHITE P.D., *Clues in the Diagnosis and Treatment of Heart Disease*. Ed. Thomas, Springfield, 1956.
WILLARD N., *Le génie et la folie au XVIII-e siècle*. P.U.F., Paris, 1963.
ZINKER J. C. a FINK ST. L., The Possibility for psychological Growth in a dying Person. "J. gen Psychol.", 1966, vol. 74/2, p. 185.
ZISSU B., *Matière médicale homéopathique constitutionnelle*. T. II. J. Peyronnet, Paris, 1960.
ZLOTOWICZ M., *Les peurs enfantines*. P.U.F., Paris, 1974.